FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

Em 23 de Outubro de 1907

PARA SER DEFENDIDA POR

Antonio Netto

(PHARMACEUTICO PELA MESMA FACULDADE)

Natural do Estado de S. Paulo—(Mogy Mirim)

Filho legitimo do Dr. Manoel Netto de Araujo e D. Clotilde de Uchôa Netto

AFIM DE OBTER O GRAU DE DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Cirurgica

Aneurisma da Carotida primitiva e seu tratamento cirurgico

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

BAHIA
OFFICINAS DE «DIARIO DA BAHIA
101 — PRAÇA CASTRO ALVES — 101

1907

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR—Dr. Alfredo Britto

VICE-DIRECTOR—Dr. Manoel José de Araujo

LENTES CATHEDRATICOS	Secções	MATERIAS QUE LECCIONAM
Dr. J. Carneiro de Campos	1.ª	Anatomia descriptiva
Dr. Carlos Freitas	»	Anatomia topographica
Dr. Antonio Pacifico Pereira	2.ª	Histologia
Dr. Augusto C. Vianna	»	Bacteriologia
Dr. Guilherme Pereira Rebello	»	Anatomia e Physiologia pathologicas
Dr. Manoel José de Araujo	3.ª	Physiologia
Dr. José Eduardo F. de Carvalho Filho	»	Therapeutica
Dr. Luiz Anselmo da Fonseca	4.ª	Hygiene
Dr. Josino Correia Cotias	»	Medicina legal e Toxicologia
Dr. Braz Hermenegildo do Amaral	5.ª	Pathologia cirurgica
Dr. Fortunato Augusto da Silva Junior	»	Operações e apparelhos
Dr. Antonio Pacheco Mendes	»	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Dr. Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia	»	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira
Dr. Aurelio R. Vianna	6.ª	Pathologia medica
Dr. Alfredo Britto	»	Clinica Propedeutica
Dr. Anisio Circundes de Carvalho	»	Clinica medica, 1.ª cadeira
Dr. Francisco Braulio Pereira	»	Clinica medica, 2.ª cadeira
Dr. A. Victorio de Araujo Falcão	7.ª	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular
Dr. José Rodrigues da Costa Dorea	»	Historia natural medica
Dr. José Olympio de Azevedo	»	Chimica medica
Dr. Deocleciano Ramos	8.ª	Obstetricia
Dr. Climerio Cardoso de Oliveira	»	Clinica obstetrica e gynecologica
Dr. Frederico de Castro Rebello	9.ª	Clinica pediatrica
Dr. Francisco dos Santos Pereira	10.ª	Clinica ophtalmologica
Dr. Alexandre E. de Castro Cerqueira	11.ª	Clinica dermathologica e syphiligraphica
Dr. Luiz Pinto de Carvalho	12.ª	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
Dr. João E. de Castro Cerqueira		Em disponibilidade
Dr. Sebastião Cardoso		» »

LENTES SUBSTITUTOS

Dr. José Affonso de Carvalho	1.ª secção
Drs. Gonçalo Moniz Sodré Aragão e Julio Sergio Palma	2.ª »
Dr. Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Dr. Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
Dr. Antonino Baptista dos Anjos	5.ª »
Dr. João Americo Garcez Fróes	6.ª »
Drs. Pedro da Luz Carrascosa e J. J. de Calasans	7.ª »
Dr. José Adeodato de Souza	8.ª »
Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Dr. Clodoaldo de Andrade	10.ª »
Dr. Albino Arthur da Silva Leitão	11.ª »
. . . .	12.ª »

SECRETARIO—Dr. Menandro dos Reis Meirelles

SUB-SECRETARIO—Dr. Matheus Vaz de Oliveira

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Cirurgica

Aneurisma da carotida primitiva e seu tratamento cirurgico

CAPITULO I

Anatomia das carotidas primitivas

O CONHECIMENTO exacto da topographia normal da carotida primitiva é um cabedal valioso para apreciar-se os aneurismas da arteria, sob o aspecto clinico e therapeutico.

A descripção anatomica das carotidas, seria das mais faceis, se os dous vasos direito e esquerdo não tivessem origem, percurso e relações differentes.

De facto, todos os livros classicos de anatomia nos ensinam que a carotida primitiva direita nasce do tronco arterial brachio-cephalico e a primitiva esquerda origina-se directamente da crossa da aorta. A carotida primitiva direita sóbe verticalmente desde o ponto de origem, ao passo que, a carotida primitiva esquerda descreve a principio um trajecto obliquo para cima e para fóra até a região cervical e só então nesta altura torna-se vertical como a homonyma do lado opposto. A carotida primitiva esquerda partindo do thorax, possue um segmento thoraxico que méde de 2 a 2 centimetros e meio, o que não succede com a

carotida primitiva direita, que é mais curta e acha-se desde a origem até a terminação, comprehendida na região cervical.

A topographia do segmento thoraxico da carotida primitiva esquerda, tem sido objecto de estudo dos anatomistas.

Estribados nas pesquizas anatomicas de Chifoliau, affirmaremos que o ponto de origem d'aquelle segmento está situado á esquerda do plano sagittal medio, na altura do terço inferior da terceira vertebra dorsal ou no terço superior da quarta, separado da superficie cutanea por uma distancia de 30 a 35 millimetros.

Podemos descobril-o, retirando a primeira peça do esterno e as duas primeiras cartillagens costaes, reforçadas adiante pelas insersões thoraxicas do grande peitoral e a porção esternal do esterno cleido—mastoidêo, reforçadas ainda, pelas origens retro-esternaes e cleido-costaes do musculo sub-hyoidêo.

Perceberemos então, que o tronco venoso brachio cephalico esquerdo, mantido ao esqueleto thoraxico por solidas expansões da aponevrose cervical media, e nesta altura recebendo innumeros affluentes, como sejam as veias thyroidéas medias e lateraes, a veia mammaria interna, as veias mediastinas e a veia intercostal superior esquerda, está em relação com a porção inicial da carotida primitiva esquerda. Deste facto infere-se que a ligadura da carotida primitiva esquerda no ponto de origem, só poderá ser executada, apoz a secção do tronco venoso brachio-cephalico esquerdo.

Na face profunda do tronco venoso brachiocephalico, encontrar-se-ha um novo escolho, o nervo

phrenico, que dirige-se obliquamente para baixo e para dentro, ganhando a principio o intersticio que separa a carotida e a sub-clavia, para em seguida passar sobre a face lateral da aorta. Ao lado externo da porção thoraxica da arteria sub-clavia, o nervo pneumogastrico cruza o nervo phrenico, sendo porêm os dous nervos separados pela veia intercostal superior esquerda.

Ao lado interno, a mesma porção toca o flanco esquerdo da trachéa e para atraz toca o flanco esquerdo do œsophago, (1) percebendo-se no angulo tracheo-œsophagiano o nervo recurrente e ganglios lymphaticos valumosos.

Para traz e para fóra, encontra-se a arteria sub-clavia esquerda e ainda para fóra a pleura e o pulmão correspondentes. As duas carotidas primitivas não têm o mesmo calibre, sendo que a direita é meio millimetro mais volumosa que a esquerda.

A carotida direita na base do pescoço é mais superficial que a esquerda. Á parte essas differenças podemos asseverar que são identicas as carotidas primitivas na região cervical.

Seremos entretanto sobrios nessa descripção, colhendo apenas o que fôr absolutamente necessario para orientar a cirurgia dos aneurismas carotidianos.

Collocado pois o paciente, na attitude cirurgica, isto é, cabeça em extensão e o mento voltado para o lado opposto, perceberemos na porção lateral do pescoço, uma gotteira mais ou menos pronunciada,

---

(1) Segundo o professor Poirier o œsophago está separado da carotida por um espaço de 1^{cm} e meio.

conforme a constituição do individuo, denominada gotteira carotidiana. Limitada por duas saliencias — a do conducto laryngo-tracheal e a do esterno cleido-mastoidêo para fóra, apresenta no fundo a depressão que levará o bisturi sobre a carotida primitiva.

Para attingir a arteria, atravessar-se-ha successivamente, a pelle, o tecido cellular sub-cutaneo, o cuticular, camada cellulosa sub-cuticular, na qual, achar-se-hão os filetes do ramo cervical transverso; segue-se uma veia jugular accessoria, o esterno-cleido-mastoidêo envolto pela aponevrose cervical superficial, numerosos ganglios lymphaticos, o ventre superior do omo-hyoidêo envolto pela aponevrose cervical media, o ramo descendente do hypoglosso e os ramos cardiacos do pneumogastrico. Na parte superior da região sub-hyoidéa, encontrar-se-hão os lóbos lateraes do corpo thyroide.

Ainda em relação com a carotida primitiva mencionaremos, para fóra a veia jugular interna, relação importante, porquanto, ella proemina, occultando grande porção da arteria, sendo que na parte mais elevada deste vaso, a veia torna-se-lhe anterior, occupando o pneumogastrico o angulo diedro resultante da separação dos dous vasos.

Para dentro, o carotida corresponde o trachéa da qual se afasta a medida que sóbe; relaciona-se com o œsophago, os nervos recurrentes e marginada pela thyroidéa superior mais acima, corresponde ainda com o larynge e o pharynge. Para traz a região carotidiana é limitada por um plano osteo-muscular, representado pelas apophyses transversas das vertebras cervicaes correspondentes,

revestidas dos musculos longo do pescoço e recto anterior da cabeça e é sobre esse plano, protegido pela aponevrose prevertebral, que repousa a carotida primitiva, convindo assignalar a sexta vertebra cervical que offerece ao cirurgião um ponto de referencia da mais alta importancia na pesquiza do vaso—é o *tuberculo de Chassaignac.* Ainda para traz a carotida relaciona-se com a arteria thyrodéa inferior, a arteria vertebral, os nervos pneumogastrico e sympathico, ramos cardiacos deste nervo e o canal thoraxico. A thyrodéa inferior cruza a carotida perpendicularmente e depois vae se terminar, formando um rico ramilhete, no polo inferior do lobo lateral do corpo thyroide. A arteria vertebral é em sua origem posterior á carotida e permanece nesta attitude, guardando entretanto posição um pouco externa até penetrar no canal osteo-cartilaginoso da sexta apophyse transversa cervical.

O grande sympathico não contrahe com a carotida primitiva relações de contiguidade, ficando d'ella separado pela aponevrose cervical profunda ou prevertebral e occupando posição retro-carotidiana.

Alguns dos ramos do sympathico cervical, os ramos cardiacos superior e medio, descrevem um longo curso por detraz da carotida antes de penetrar no thorax.

Neste trajecto, elles vão se anastomosar com os filetes cardiacos do pneumogastrico, formando um rico plexo em torno da carotida primitiva. Para que não sejam constringidos esses filetes nervosos na operação de ligadura, é de regra desnudar-se bem a arteria.

Lançando um olhar de cunjuncto para o feixe vasculo nervoso do pescoço, nos fere a attenção

o facto da carotida primitiva estar contida em uma bainha commum com a veia jugular interna e o nervo pneumogastrico. Como dissemos mais atraz, os classicos admittem que, o grande sympathico não contrahe relações de contiguidade com a carotida primitiva, não fazendo portanto parte dos elementos que constituem o feixe vasculo nervoso do pescoço, contidos em uma bainha commum.

Contra essa opinião insurge-se Chifoliau, admittindo a communhão vascular entre este nervo, carotida primitiva, veia jugular interna e o pneumogastrico, e para provar esta sua asserção diz que, quando se levanta o feixe vasculo nervoso do pescoço, o grande sympathico é tambem arrastado nesse movimento.

A bainha vasculo nervosa, em virtude das numerosas connexões que contrahe com as aponevroses do pescoço, tem sido descripta como dependencia da aponevrose cervical media, ficando porém cada orgão em sua loja especial independente. Da bainha vasculo nervosa emanam-se expansões, arrastadas pelos vasos que contrahem adherencias com as bainhas visceraes do corpo thyroide, da trachéa e do esophago, formando a aponevrose peri-tracheo-thyro-œsophagiana. E, paremos ahi com o estudo da bainha vascular, para não cahirmos no labyrintho inextricavel, no prothêu anatomico das aponevroses do pescoço e não nos desviarmos da rota traçada no começo deste capitulo dando mais do que a sumula anatomica, necessaria para servir de guia ao clinico e ao cirurgião no estudo dos aneurismas carotidianos.

Proseguindo com a arteria carotida primitiva, até a terminação, veremos que neste ponto ella repousa

sobre o musculo constrictor medio do pharynge e bifurca-se dando as carotidas, externa e interna.

Antes da bifurcação, assignala-se uma dilatação mais ou menos pronunciada o bolbo carotidiano— que parece ser a séde mais commum dos aneurismas carotidianos superiores. Viriam complicar sobremodo o estudo anatomico das carotidas primitivas, as innumeras anomalias que apresentam estes vasos.

E' impossivel encerrar-se em um quadro methodico, o historico de todas as anomalias.

Em hypothese de anomalias vasculares tratando-se de aneurismas carotidianos, o cirurgião procederá de accordo com as circumstancias occasionaes, instituindo a operação atypica que o caso lhe suggerir

CAPITULO II

Dados etiologicos

Assumpto ainda pouco estudado e bastante obscuro, é sem duvida o da etiologia dos aneurismas carotidianos e por isso, este segundo capitulo será de pequena extensão limitando-nos somente ao que nos parecer mais acceitavel.

Dividiremos as causas dos aneurismas carotidianos, em causas predisponentes e causas determinantes.

CAUSAS PREDISPONENTES

Pertencente ao numero das causas predisponentes, citaremos em primeiro logar a idade.

Não é uma molestia da juventude e muito menos da velhice, pois em 505 casos de aneurismas citados na estatistica de Crisp, a idade mais atacada era de 30 a 40 annos, dando para essa idade o numero de 198 casos dentre os 505. Em se tratando especialmente de aneurismas carotidianos, diz Lefort, que, a idade de 40 a 50 é a mais apta para contrahil-os.

E para provar sua asserção, nos apresenta um quadro demonstrativo que pediamos VENIA para transcrevel-o.

6	casos	em	pessoas	de	20	annos	e	menos.
15	»	»	»	»	30	»	»	»
16	»	»	»	»	40	»	»	»
19	»	»	»	»	50	»	»	»
14	»	»	»	»	50	para cima.		

Por este quadro observamos que, abaixo de 20 annos, os aneurismas são excessivamente raros acontecendo o mesmo facto a partir de 70 annos.

Pelo que fica dito concluimos que, a idade é um factor predisponente de aneurismas carotidianos.

Para explicar a influencia da idade, tem-se invocado a força impulsiva do coração, força esta que se manifesta com maior intensidade dos 30 aos 50 annos. E, como prova ainda de maior valia, os autores apresentam o sexo, pois Crisp diz que, as mulheres entram para sua estatistica na proporção de 8 a 10 por cento. Ora, sendo a mulher menos exposta que o homem aos trabalhos manuaes e esforços outros de que necessita o sexo masculino, desenvolve naturalmente menor acção impulsiva ao coração.

Ainda como prova da acção impulsiva deste orgão, faremos notar que, as arterias mais volumosas e mais approximadas do coração são as que mais commumente apresentam aneurismas.

Quanto aos aneurismas carotidianos, nosso ponto especial de estudo, diremos que as mulheres entram nas estatisticas com um maior contin-

gente, isto é, na proporção de 1 para 2 ou 3; a explicação deste facto será dada mais adiante.

Com relação ao sexo diremos que, os aneurismas da carotida se observam mais frequentemente no sexo masculino, como acontece com todas as outras especies de aneurismas.

Para provar esta affirmação, basta citarmos os quadros de Piltz, nos quaes encontram-se 83 casos sendo 55 homens e 28 mulheres.

A cifra elevada de mulheres nesse quadro tem a explicação dada por Delbet, o qual não trepida em considerar o corpo thyroide como unico responsavel, pois que, este orgão soffrendo congestões repetidas na epocha das regras e da gravidez comprime a arteria carotida primitiva. Ora, destas congestões resulta um augmento de pressão na arteria abaixo do ponto comprimido e este excesso de pressão bastaria para determinar a alteração das paredes arteriaes.

Será isto acceitavel?

Absolutamente não. Dizemos absolutamente não porque, o ponto de elecção dos aneurismas carotidianos é o bolbo carotidiano ou bifurcação da arteria, ao passo que a glandula thyroide congestionando-se e augmentando a pressão arterial abaixo do ponto comprimido, os aneurismas deviam ter sua séde abaixo da glandula, facto que não se observa.

Para explicar esta frequencia somos mais propensos a invocar o traumatismo.

A raça entra tambem na classe das causas predisponentes, como resalta do facto de serem os Inglezes mais predispostos que os outros povos, chegando mesmo a notar-se esta predisposição

nos proprios colonos Inglezes que immigram para os Estados-Unidos. Nestes individuos o numero de aneurismaticos é muito superior ao dos colonos Italianos, Allemães e Hespanhóes.

Qual a causa?

Os professores mais eruditos não lhe dão explicação.

As profissões entram ainda para enriquecer o nosso quadro.

A profissão que exige a flexão forçada do pescoço como a que são obrigados os carregadores de café no porto de Santos, apresenta-se predispondo ao aneurisma, não passando despercebido a um distincto clinico daquella cidade, o grande numero de casos naquelles trabalhadores.

Para terminar nossa dissertação sobre as causas predisponentes citaremos ainda: a hypertrophia do coração; as curvas que descrevem certas arterias; a situação superficial de alguns vasos. Esta ultima circumstancia explica o facto de ser ponto de elecção de aneurismas carotidianos, o bolbo carotidiano, que é bastante superficial.

CAUSAS DETERMINANTES

Tratando das causas determinantes citaremos: o alcoolismo, o tabagismo, o saturnismo, o arthritismo, o rheumatismo chronico e a syphilis — terrivel mal que a hygiene mais sabia e rigorosa não poude ainda jugular.

A syphilis será verdadeiramente um factor etiologico importante? Morgagni, Hertz e Heiberg sustentam que é um factor importantissimo e

nós apresentamos uma observação em que o doente dá como antecedentes pessoaes, um cancro duro.

O Dr. Lœper nos dá informações de trez casos de aneurismas carotidianos observados em tabeticos, o que faz suspeitar a syphilis, pois somos de opinião que o tabes seja muitas vezes produzido por esta affecção.

Um facto que ainda faz crêr na influencia desta molestia é a proporção da sua frequencia com a dos aneurismas. Assim é que, no Japão onde a syphilis é frequente, os aneurismas o são tambem.

O alcoolismo póde ser causa de aneurismas, pois não deixa de impressionar a sua frequencia na Inglaterra onde o consumo deste liquido é extraordinariamente grande.

Esta causa póde ainda explicar a predisposição da raça Ingleza como dissemos anteriormente.

Além das causas já citadas, Lancereaux admitte ainda a influencia do paludismo, pois, foram por este scientista observados muitos casos de aneurismas em antigos paludicos.

Não possuindo entretanto observações pessoaes sobre o assumpto abster-nos-hemos de entrar em apreciações.

Causas de maior influencia ainda, são os agentes traumaticos e por elles explicamos o numero maior de mulheres aneurismaticas da carotida primitiva que das outras arterias.

A importancia destes agentes é tão manifesta que na classificação dos aneurismas os autores dão o nome de traumaticos aos produzidos por estes factores.

Os agentes traumatisantes podem ser os mais variados.

Algumas vezes uma facada ou punhalada, outras vezes uma balla de revolver e diversos outros que não nos adianta enumerar.

Nestes casos, produzem-se hemorrhagias que podem ser pouco on muito abundantes, porém jamais consideravel para fazer suspeitar uma lesão da carotida.

No fim de algumas semanas, desenvolve-se uma saliencia pulsatil e expansiva e quando isto se dá trata-se de aneurisma falso consecutivo. Outras vezes a arteria não é attingida, mas somente traumatisada, havendo ruptura das tunicas media e interna, desenvolvendo-se um tecido conjunctivo não elastico. Este tecido não podendo resistir a pressão sanguinea cede, dando logar portanto a formação de um aneurisma, que outro nome não merece senão traumatico.

Fayer apresenta um caso de aneurisma traumatico formado em um negro de 18 annos, que quatro mezes antes torcera o pescoço e algumas horas apóz este accidente notou um entumescimento na região carotidiana.

Dêces cita o caso de uma mulher portadora de um aneurisma determinado pela compressão que o marido lhe exercera no pescoço.

Um esforço violento e subito póde ainda ser causa determinante de aneurisma.

Assim é que, o esforço produzido pelo vomito, dera ensejo a Dropsy observar dois casos de aneurismas.

Em todos estes casos, um movimento forçado do pescoço produzira naturalmente um alongamento

da carotida, um augmento da pressão sanguinea. A tunica interna e depois a media se romperam e o vaso dilatara-se dando logar ao aneurisma. Um estrangulamento póde ser a causa do aneurisma como acontece nos enforcados onde a autopsia revela muitas vezes, a ruptura da tunica interna.

Temos dito o que ha de mais importante sobre este assumpto e passemos a tratar da anatomia pathologica.

CAPITULO III

Anatomia pathologica

NÃO possuindo estudos pessoaes sobre a anatomia pathologica dos aneurismas carotidianos, e por isso, baseados no que se tem escripto sobre o assumpto, tocaremos no que houver de mais importante.

DIVISÃO. Distinguem-se duas variedades de aneurismas, que são: a fusiforme e a sacciforme.

Aquella, foi tambem chamada por Cruvelhier, aneurisma por dilatação peripherica e pelo professor Richet aneurisma circunferencial. A variedade sacciforme, tambem chamada cirargica, é muito mais frequente, tanto nos aneurismas carotidianos, como em qualquer outra especie de aneurismas.

Geralmente a phase inicial destes aneurismas, é a dilatação uniforme da parede arterial, que pela pressão sanguinea cede em um de seus pontos, dando logar a formação do sacco.

No começo o sacco e a arteria, se communicam largamente, diminuindo gradativamente o orificio de communicação, a medida que o aneu-

risma se desenvolve. No fim de certo tempo, o sacco encontra-se ligado a arteria, por um pequeno pediculo, ao qual se dá geralmente o nome de collo.

Séde.—A localisação dos aneurismas carotidianos, varia segundo a causa productora desta lesão. Os aneurismas traumaticos, podem se localisar em toda porção cervical do vaso, porção esta que os anatomistas dão por limite inferior, a segunda vertebra dorsal e superior a terceira cervical.

Os aneurismas chamados expontaneos, têm por pontos de predilecção ou a bifurcação da arteria e são chamados por Delore carotidianos superiores, ou a divisão do tronco brachio-cephalico.

O aneurismas inferiores da carotida primitiva, são extremamente raros, apezar de que Le Fort cita alguns casos, que foram com successo tratados pela ligadura, pelo methodo de Brasdor.

Acreditamos no entanto que, muitos destes factos não sejam realmente aneurismas carotidianos, pois, sabemos que os aneurismas da crossa da aorta podem se propagar á carotida primitiva esquerda.

Forma.—A forma dos aneurismas carotidianos é extremamente variavel, sendo entretanto a forma ovoide a mais frequente. Em geral, quando é ovoide, possue a pequena extremidade inferior e a base voltada para o maxillar, rasão pela qual Karewski comparou a uma pera. Faremos notar, que esta forma só é regular no começo, pois a proporção que o aneurisma augmenta de volume, cobre-se de bossas irregulares que são devidas á desigual resistencia das paredes e dos tecidos

circumvizinhos. (Chifoliau) Porcher nos apresenta mesmo uma observação, com dois saccos superpostos.

Volume. — O volume dos aneurismas carotidianos é em geral medio. O caso citado por Decès, em que o aneurisma da carotida primitiva excedia a linha mediana e invadia o lado oposto, podemos affirmar com a maioria dos autores é extremamente raro.

Na parte anatomo pathologica dos aneursmas da carotida primitiva, o que temos de mais importante a estudar, é sem duvida, o que diz respeito ás relações que elles contrahem com os orgãos visinhos.

Pelas relações intimas com a carotida primitiva são, o nervo da bainha vascular e a jugular interna os primeiros a soffrer.

A veia jugular interna fica na face externa do sacco, e é levada ou para fóra ou para dentro. No entanto, Castro cita um caso em que o sacco não relacionava-se com a jugular interna, mas isto vem apenas confirmar o que acabamos de dizer, pois a excepção confirma a regra.

Quando o aneurisma apresenta um certo volume, a jugular e seus affluentes, o tronco thyro-liuguofacial e as veias thiroidéas adherem intimamente a sua parede superficial, facto este observado por Chifoliau. Regra geral, o pneumogastino é encontrado na face externa do sacco, ora visinho da face anterior, ora da face posterior. Este nervo é englobado na parede do sacco.

Encontrar-se-ha na face posterior do sacco, o nervo grande sympathico. Os nervos do plexo brachial, do plexo cervical, o recurrente e o nervo

diaphragmatico, são tambem englobados na parede do sacco.

O œsophago pode ser tão comprimido que torne-se impermeavel.

A trachéa e o larynge são desviados, comprimidos e em alguns casos, mesmo perfurados.

O sacco adhere aos musculos sub-hyoidêos e prevertebraes, segundo as observações de Tuffier.

Temos até agora estudado o sacco aneurismatico, sem contudo entrarmos na sua composição e no seo conteúdo.

Estudaremos a seguir.

O sacco aneurismatico é cheio de sangue; sangue liquidido; sangue coagulado e as mais das vezes sangue liquido e coagulado.

Quando a circulação é muito activa na altura do tumor, o sangue conserva-se liquido, como se dá nos aneurismas fusiformes. E', ainda condicção necessaria para que o sangue não se coagule, não haver asperesas no interior do sacco.

Nos aneurismas sacciformes o sangue se coagula rapidamente e então nota-se que os coagulos mais duros e esbranquiçados, se encontram em camadas concentricas adherentes a parede. Percebe-se depois coagulos avermelhados e molles, não adherentes a parede do sacco e não dispostos em camadas concentricas, como nos primeiros. Os primeiros são tambem chamados coagulos activos, fibrinosos e estractificados. Os outros são chamados passivos, difluentes, gelatinosos.

As theorias apresentadas para explicar a formação destes coagulos e sua utilidade na cura dos aneurismas são muito numerosas. As theorias mais em voga são: a de Wardrop; a de

Bellingham ou de Broca; a de Richet e a de Le Fort, citadas apenas sem mais comentarios para não sahirmos do nosso traçado.

A espessura da parede varia segundo os pontos. Walsham e Tuffier, nos apresentam alguns casos, em que a parede do sacco aneurismatico era muito delgada na vizinhança do phanynge e parecia mesmo prestes a se romper.

Em outros pontos ao contrario, esses observadores notaram que a parede era muito espessa.

A extructura dos aneurismas carotidianos nada tem de especial e obedece ao quadro theorico seguinte.

No aneurisma falso consecutivo, aneursma resultante da dilatação de uma cicatriz fibrosa de uma ferida ou contusão da arteria, a extructura é fibrosa.

No aneurisma expontaneo encontra-se na vizinhança do collo a extructura da arteria e as lesões originaes, como sejam; a proliferação do endothelio, a esclerose da tunica media, com desapparecimento das fibras elasticas e musculares.

Em torno do sacco, os tecidos parecem attingidos de inflammação chronica, os musculos descorados, os nervos acinzentados.

A carotida primitiva apresenta-se geralmente intacta acima e abaixo do sacco, mesmo nos aneurismas expontaneos.

O Dr. Lœper que praticou o exame microscopico, não encontrou em ponto algum lesões que revelassem arterio-esclerose.

Casos ha, em que o desenvolvimento do tumor aneurismatico é tão rapido, que muito se assemelha aos tumores malignos.

Nos aneurismas que possuem coagulos, o desenvolvimento é muito moroso, e isto explica-se pela razão seguinte: a espessa camada fibrinosa que reveste as paredes destes aneurismas amortece o choque da onda sanguinea, causa geralmente admittida como responsavel pelo rapido desenvolvimento destes tumores.

Admitte-se a cura expontanea de certos aneurismas, pela coagulação, pois, toda causa que retarda ou impede a circulação no interior do sacco é favoravel a cura. Para Howard, Scarpa e outros scientistas, a cura expontanea é consequente a compressão da arteria pelo sacco distendido.

Para Richter, a cura seria produzida por um coagulo que, se destacando da parede do sacco iria obliterar o orificio de communicação deste com a arteria. Não se pode entretanto admittir que um aneurisma arterial abandonado a si mesmo tenha tendencias a se curar, não passando de excepções os casos citados por March (*) e outros scientistas.

Quando a circulação no interior do sacco é activa, o seu crescimento é prolongado e pode mesmo attingir volume consideravel.

Nestes aneurismas a terminação é quasi sempre a ruptura, em consequencia a um ligeiro traumatismo ou mesmo uma emoção violenta e neste caso ella se produz por um augmento de pressão momentanea. E' em consequencia destas rupturas que se formam os aneurismas chamados diffusos consecutivos, hematomas diffusos secundarios ou consecutivos como chama Michaux. Em alguns

(*) Howard March. Associação clinica de Londres, 13 de Maio de 1892.

casos, a penetração de agentes infectuosos produz a inflammação septica dos aneurismas. São agentes levados geralmente pelas vias lymphatica e sanguinea. Quando estes agentes, encontram o organismo pouco resistente, determinam até a mortificação da parede, verdadeira gangrena do sacco.

CAPITULO IV

Symptomatologia

Na phase inicial os aneurismas carotidianos expontaneos evoluem muito lentamente. Esta evolução lenta póde ser explicada de dous modos.

1.º—Pela dilatação das membranas arteriaes alteradas em sua extructura.

2.º—Pela ruptura das tunicas interna e media lesadas primitivamente e deste modo arrastando a dilatação da tunica externa pela força da pressão sanguinea.

A primeira interpretação era abraçada, segundo nos informa Scarpa em seu livro de 1809, pelos autores do seculo XIX.

A segunda tinha com sectario o proprio Scarpa luminar da Universidade de Pavia.

Quando se trata de aneurisma traumatico, logo depois de uma queda, um movimento forçado do pescoço ou mesmo uma violencia directa, os primeiros signaes percebidos pelo doente são, uma dor fixa e uma perturbação nos movimentos da cabeça.

Em seguimento a estes symptomas o paciente verifica um tumor tornado bastante preceptivel.

Casos ha entretanto em que estes symptomas apparecem simultaneamente.

Estes symptomas são chamados por Berne *de começo* e não merecem grande valor.

Quando nos acharmos em frente a um doente com um aneurisma carotidiano, o primeiro signal que nos despertará a attenção será indubitavelmente o tumor cujo volume póde ser grandemente variavel, mas que possue o carecteristico notavel de não mudar a coloração da pelle.

Desde que o tumor aneurismatico esteja ainda em seu periodo de inicio, apresentará o caracter de ser molle.

Nos aneurismas antigos, isto é, já bastante desenvolvidos o contrario justamente se deverá observar.

A consistencia molle do primeiro é devida, ao facto de se achar ainda o sangue nelle contido, em estado liquido, ao passo que no segundo a coagulação deverá ser observada e trará como consequencia a duresa do tumor.

A reductibilidade do aneurisma é um symptoma importante e pode-se verifical-a comprimindo o tumor.

Caso estejamos em frente a um tumor desta natureza a compressão o fará diminuir de volume, retomando em seguida seu volume normal desde que se cesse esta manobra.

O Professor Pacheco Mendes, em uma observação por elle publicada, diz não ter observado este signal.

Karewski no entanto, insiste sobre elle dizendo que, em um caso que teve occasião de observar, a reductibilidade era o unico symptoma de um tumor vascular apresentado no pescoço.

A compressão ainda fornece outros symptomas

ao cirurgião, conforme se a pratica acima ou abaixo do tumor, visando sempre a arteria.

Quando se pratica a compressão da carotida abaixo do tumor, desde que se trate de aneurisma, o tumor diminuirá de volume.

A mesma compressão feita acima do tumor, trará como consequencia o augmento de seu volume.

Em relação ao pulso das arterias temporal e facial, um facto que despertará logo a attenção do clinico, será a sua fraqueza e muito principalmente o retardo deste phenomeno.

Ainda vae mais longe o auxilio prestado ao clinico pela compressão, pois, quando se applica a mão sobre o tumor, em se tratando de aneurisma o fremito vibratorio deverá ser observado.

Este fremito é chamado pelos Inglezes trill. Adiante apresentamos uma observação do Dr. Pacheco Mendes, colhida no jornal *A Imprensa Medica* de S. Paulo, na qual elle se refere ao facto de ter observado este phenomeno.

Fazemos contudo notar, que este fremito é fraco nos aneurismas arteriaes, tornando-se de uma evidencia admiravel nos arterio-venosos.

Pulsações e movimento de expansão são symptomas que se observam ordinariamente nos aneurismas carotidianos.

Para que este movimento de expansão seja percebido com claresa deve-se proceder da maneira seguinte: tomar-se o tumor entre os dois dedos, podendo se perceber este phenomeno, tanto se pegando no tumor segundo seu grande eixo, como perpendicularmente a este mesmo eixo.

A auscultação do tumor aneurismatico ainda é

um meio propedeutico do qual o clinico deverá lançar mão.

Pela auscultação, armada ou não, desde que se trate de uma lesão aneurismatica, percebe-se um ruido, ao qual se dá o nome de ruido de sopro.

Petit comparava este ruido ao produzido pela agua circulando rapidamente nos tubos de chafariz.

Para a explicação deste phenomeno as opiniões divergem e por este motivo publicamos as duas explicações sustentadas por seus autores.

1.ª Broca, Richet e outros sabios, explicam-no pela agitação vibratoria da corrente sanguinea nos bordos do orificio aneurismatico.

2.ª Chauveau considera este ruido de sopro, como o resultado da passagem do sangue, de uma parte do systhema vascular onde a pessão é forte, para uma outra onde a pressão é fraca.

Berne, celebre professor de pathologia externa da Univerdade de Lyon, é um dos partidarios desta ultima explicação.

Este ruido de sopro é internittente e corresponde a systole do coração. Pode-se observar um segundo ruido de sopro, produzido perto da diastole cardiaca, phenomeno este chamado por Guedrin, ruido de sopro de retorno. Este scientista lhe dá este nome, por observal-o como resultante da volta do sangue do aneurisma para a arteria.

Chauveau contesta ainda esta maneira de explicar o phenomeno, dizendo que é elle devido ao dicrotismo da circulação.

Symptomas particulares, nos casos de sopros, de-

pendem ainda da compressão da arteria carotida primitiva abaixo ou acima do sacco.

A compressão da carotida primitiva, abaixo do sacco, se traduz pelo desapparecimento do sopro. O augmento de intensidade do sopro se observa, quando se faz a compressão da carotida primitiva acima da lesão. Não deixaremos de dizer que, pulsações, movimento de expansão e ruidos de sopro, são symptomas que podem deixar de existir e para confirmar esta asserção, citaremos as observações de Karewski e Walsham.

A ausencia destes symptomas pode ser explicada pela grande espesssura da parede aneurismatica; pela abundancia de coagulos; pela forma do sacco e pela obliteração do orificio que communica o aneurisma com o vaso arterial.

Em ausencia destes symptomas, o clinico vê-se em serias difficuldades para fazer o diagnostico de aneurisma.

Movimentos de lateralidade sobre os planos profundos, podem ainda ser observados, nos aneurismas carotidianos.

A immobilidade do tumor, durante os movimentos do larynge e da trachea na deglutição, é um signal importantissimo para o diagnostico de aneurisma carotidiano.

A lesão do nervo grande hypoglosso, nos casos de aneurismas carotidianos, se revela pela atrophia da lingua no lado do aneurisma e o desvio deste orgão para o lado correspondente.

Para que o exame do doente se torne completo, não esqueceremos de dizer que, a auscultação do coração, a palpação das arterias habitualmente

attingidas de arterio-esclerose, são meios propedeuticos indispensaveis.

A pesquiza dos signaes de syphylis não deve ser descurada.

Em casos de aneurismas carotidianos inferiores, somente a prova radiographica poderá nos affirmar que não se trata tambem de aneurisma da crossa da aorta ou do tronco brachio-cephalico.

Alem dos numerosos symptomas já citados, ainda devemos tratar dos observados em consequencia da compressão do aneurisma sobre os orgãos circumvizinhos.

São estes signaes observados, principalmente quando, o volume do aneurisma attinge proporções consideraveis.

Com certa precocidade, apparecem as perturbações da phonação e da respiração e estes symptomas incommodam sobremodo o paciente.

Delbet explica o apparecimento destes phenomenos pela compressão do nervo recurrente.

Produzindo ainda pertubações da respiração citaremos o achatamento da trachéa. O simples desvio deste orgão nada produz de anormal.

Um signal que, persegue extraordinariamente o paciente, nos casos de aneurismas carotidianos é a suffocação.

Um simples movimento do pescoço ou a exploração do tumor pelo clinico, se acompanha quasi sempre deste phenomeno.

A tosse geralmente se apresenta e quasi sempre em accessos.

São estes phenomenos, explicados pelas lesões dos nervos laryngeo e pneumogastrico. A arythmia cardiaca, foi pelo Professor Pacheco Mendes obser-

vada, conforme se vê em uma observação adiante publicada.

Para a explicação deste signal, invoca-se a compressão do nervo pneumogastrico.

A compressão póde em muitos casos, produzir nauseas e perturbar a deglutição.

As vertigens são tambem observadas.

Em uma observação de Castro, celebre cirurgião hespanhol, elle nos diz que observara em seu doente uma certa apathia, impossibilidade do trabalho cerebral. Para Temple, as dores de cabeça tenazes e violentas, podem constituir por si só, symptoma revelador de um aneurisma carotidiano.

Certos cirurgiões contudo, observam estas dores de cabeça como ligadas a perturbações arteriaes e venosas, e devidas a uma esclerose das arterias cerebraes.

A compressão dos filetes do plexo cervical superficial, auricular e cervical transverso, póde trazer como consequencia dores irradiadas na espadua. na face e no ouvido.

As dores de ouvido, diz-nos Walsham, era o unico symptoma de que se queixava um doente de sua clinica. As dores na espadua se observam mais frequentemente nos aneurismas carotidianos inferiores.

Resfriamento e edema são phenomenos que apparecem geralmente, e são explicados pela compressão do aneurisma sobre as arterias e as veias.

Citaremos mais adiante uma observação do Dr. Tuffier que, em um doente de aneurisma carotidiano, o edema era tão consideravel que attingia as palbebras impedindo-as de se abrirem.

A hyperesthesia do couro cabelludo foi observada por Cooper.

Para terminar nossa dissertação sobre os symptomas dos aneurismas, resta-nos fallar dos phenomenos visuaes. Os symptomas do apparelho da visão mais commummerte observados, são; a diminuição da fenda palpebral, ptose e myose.

Pacheco Mendes, refere-se em sua observação, a ptose palpebral direita e atresia pupillar

Morelli insiste muito sobre estes symptomas e affirma contra a opinião de Follin, que elles são mais frequentes no aneurisma carotidiano, que em qualquer outro tumor do pescoço.

E' responsavel pela producção destes signaes, a compressão do nervo grande sympathico.

CAPITULO V

Diagnostico

O diagnostico de aneurisma carotidiano é dos mais faceis, quando o seu quadro symptomatico não se apresenta desfalcado e sim completo como se segue: pulsações, expansão, sopro systolico, reductibilidade, enfraquecimento e muito especialmente retardo do pulso temporal, diminuição do tumor pela compressão da carotida abaixo do sacco, forma ovoide e sede anatomica. Muitas são as lesões encontradas no pescoço, que por um ou mais destes symptomas, põe a principio o cirurgião ou clinico em serios embaraços.

Os ganglios neoplasicos, que podem existir no angulo formado pela veia jugular e o tronco thyro-linguo-facial, são dotados de batimentos.

Delbet diz ter notado, um grupo de ganglios neoplasicos secundarios a um epithelioma do pharynge, com pulsações clarissimas devidas ás pulsações proprias da arteria, que foi difficilimo o seu diagnostico.

E' necessario em casos duvidosos, procurar-se deslocar o tumor do vaso e se isto se consegue, as

pulsações necessariamente desapparecem e o diagnostico de aneurisma tornar-se-ha clarissimo.

Esta manobra, no entanto, é bastante difficil por causa das adherencias dos tumores neoplasicos ás partes visinhas. Em casos desta ordem, o exame da bocca, do pharynge e do larynge, não deve ser despresado, afim de descobrir-se a ulceração epithelial latente.

Demais, estes tumores apresentam batimentos, mas não movimentos de expansão, signal pathgonomonico dos aneurismas. O sopro, em geral nestes ganglios neoplasicos, não se apresenta.

Os ganglios tuberculosos, que mui frequentemente se apresentam na região do pescoço não são acompanhados destes symptomas.

Lesões por demais complicadas, por seus signaes, são sem duvida, os bocios vasculares, pois, apresentam pulsações, movimentos de expansão e sopro, trez symptomas importantissimos dos aneurismas. São tumores reductiveis e a compressão da carotida abaixo delles, diminue seu volume e seus batimentos. O meio mais seguro para se fazer o diagnostico differencial, é promover o movimento do larynge pela deglutição, pois, em se tratando de bocios vasculares, elles acompanharão os movimentos d'aquelle orgam, emquanto que o tumor aneurismatico ficará immovel.

Breschet e Dupuytrem, dois celebres cirurgiões, ficaram muito tempo na incerteza, em presença de um tumor deste genero.

Delbet nos informa ter operado um caso de bocio, no qual a expansão e os batimentos eram tão claros, que não teria feito o diagnostico, se o tumor não

acompanhasse o larynge em seus movimentos, durante a deglutição.

Existem certos kistos do corpo thyroide, que são elevados pela arteria e o seu diagnostico é bastante difficil.

A puncção exploradora, muitas vezes applicada para o diagnostico destes tumores, dá repetidas vezes resultados desastrosos. Estes resultados são devidos, á sahida de sangue pelo trocart depois de esvaisado o conteudo do kisto, trazendo em consequencia o diagnostico de aneurisma, quando na realidade trata-se de um kisto.

Para Delbet, o diagnostico destes tumores é facilimo e para provar seu modo de pensar diz que, elles não apresentam a minima reductibilidade, são regularmente redondos e os movimentos de expansão não são percebidos. Neste ponto, contestamos a maneira de pensar do celebre cirurgião, pois ninguem desconhece que estes symptomas podem faltar, mesmo em se tratando de aneurismas carotidianos.

Os casos em que, os aneurismas se apresentam, sem a sua serie vastissima de symptomas, são extremamente raros, mas causam mais duvidas, que a presença de outros tumores com seus signaes. Em casos muito obscuros, somente a puncção exploradora, permitte estabelecer o diagnostico e o tratamento.

Em questão de diagnostico, é muito mais censuravel, se desconhecer um aneurisma que realmente exista, do que fazer-se justamente o inverso, isto é, tormar-se por aneurisma um dos tumores já citados.

Scarpa nos informa o caso acontecido com um charlatão, que fazendo o diagnostico de abcesso do

pescoço, faz penetrar o bisturi em um aneurisma, trazendo como consequencia a morte.

Seguindo o exemplo dos classicos, não hesitamos em, após ter dissertado sobre o diagnostico differencial dos diversos tumores que podem se apresentar no pescoço, passar uma ligeira revista sobre a differenciação dos diversos aneurismas, isto é, indicarmos a maneira pela qual procedemos em face de um aneurisma, para saber se elle pertence a este ou aquelle vaso do pescoço. A differenciação visará unicamente os aneurismas da carotida, da arteria sub-clavia, do tronco brachio-cephalico e da crossa da aorta.

A séde e a forma do tumor, são os signaes mais importantes para que o cirurgião ou clinico façam o diagnostico.

Em face de um aneurisma carotidiano inferior (em contraposição aos da bifurcação que se chamam superiores) observaremos que, elle é allongado no sentido vertical, correspondendo seu grande eixo ao interesticio formado pelos dois feixes do musculo esterno-cleido-mastoideo.

Emquanto observamos isto nos aneurismas carotidianos, vamos observar que nos da arteria subclavia é elle estendido transversalmente e encontrado na cavidade sub-clavicular e não superclavicular como escreve Chifaliau em sua these sustentada perante a Faculdade de Medicina de Pariz. Quando se tratar de aneurisma do tronco brachio-cephalico nós o encontraremos em baixo da furcula esternal ou na fosseta super-esternal como quer Delbet.

Quando o aneurisma pertence ao tronco brachio-cepalico ou á arteria sub-clavia o sopro se

propaga á cavidade axillar, ao passo que, quando elle pertence ao vaso carotidiano, o sopro só é observado na região do pescoço.

O exame do pulso nos fornece esclarecimentos importantissimos. No aneurisma do tronco brachio-cephalico, a fraqueza do pulso se observa sobre as duas arterias, temporal e radial. No aneurisma da carotida este phenomeno só é observado na arteria temporal, o pulso radial normal. No aneurisma da arteria sub-clavia somente o pulso radial é modificado, o temporal ficando normal.

Delbet observa no entanto, que o enfraquecimento do pulso, nem sempre é consequente a um aneurisma, porque um tumor neoplasico póde pela compressão do vaso trazel-o. Por este motivo, o retardo do pulso e não o enfraquecimento é um signal importante para o diagnostico.

Para a distincção entre o enfraquecimento e o retardo do pulso, é necessario empregar-se o esphygmographo.

O exame radiographico não deve ser dispensado, pois, pode esclarecer muito, nos casos obscuros.

O diagnostico differencial entre o aneurisma da carotida primitiva e o das carotidas, interna ou externa, é muito difficil, e, como não traz vantagens ao cirurgião, a intervenção cirurgica sendo a mesma, será posto de lado.

O diagnostico differencial do aneurisma arterio-venoso jugulo-carotidiano bastante raro, será feito pelos seguintes signaes: tumor pouco apreciavel desapparecendo nas grandes inspirações; ruido

de sopro continuo; dilatação das veias do pescoço e da face, e evolução muito lenta.

Para que o diagnostico seja completo, é necessario, principalmente sob o aspecto das indicações operatorias, que o cirurgião procure saber do estado das outras arterias, do funccionamento cerebral.

Passemos ao tratamento, cujo capitulo mais nos interessou na confecção deste trabalho.

CAPITULO VI

Tratamento

A therapeutica dos aneurismas carotidianos deve ser medica e cirurgica.

O tratamento medico visará especíalmente o elemento causal. O iodureto de potassio e o mercurio, darão o golpe decisivo e efficaz contra as plurilocalisações diathesicas. Embora impotentes para supprimir o tumor, com toda a exhuberancia de tecidos neoformados, elles poderão, tocando na causa original da molestia, impedir as reincidencias, quando o tratamento cirurgico tenha sido executado.

Em materia de therapeutica dos aneurismas carotidianos tudo é de grande valor para o clinico; nada é para despresar-se. O exame dos antecedentes pessoaes e hereditarios, suggere-lhe muitas vezes applicações therapeuticas auxiliares constituindo um recurso admiravel na debelação radical da molestia. A despeito disso, porém, o tratamento cirurgico occupará o primeiro plano.

O methodo tormentoso de Valsava. que obrigava

o paciente a jejum longo e penivel, a malaxação, que no dizer ironico de Delbet é o meio excellente de matar os doentes, pela embolisação das arterias cerebraes, a compressão, de resultados problematicos, devem ser proscriptos.

A intervenção sangrenta é a que se impõe na epocha actual.

Esta intervenção abrange tres methodos de valia:

1.º ligadura.

2.º extirpação.

3.º arteriorhaphia.

1.º ligadura. A ligadura abrange tres operações classicas—(a) a de Antyllus,—(b) a de Anel—(c) a de Brasdor.

(a) A velha operação de Antyllus, consiste na occlusão e ligadura proximal e distal da arteria principal, na extremidade do sacco, o qual permanecerá *in loco*, após, a evacuação do conteudo. A technica operatoria deste methodo resume-se no seguinte. Após alguns detalhes relativos ao paciente, que deverá permanecer em logar esclarecido, e aos ajudantes que se deverão encarregar sobretudo da hemostasia prophylatica, exercendo a compressão da arteria entre o sacco e o coração, praticar-se-ha então na séde do tumor uma incisão tangente ao sacco, excedendo o relevo aneurismatico, cerca de alguns centimetros.

Incisados os tegumentos: pelle, cuticullar e aponevrose, afastados os musculos, exposto o campo operatorio, supressos os batimentos pela compressão, incisar-se-ha o sacco e retirar-se-hão rapidamente os coagulos. Praticar-se-ha a ligadura nas extremidades e se as collateraes do sacco entretiverem a hemorrhagia, serão immediatamente liga-

das. Os cuidados post-operatorios cifram-se em collocar-se no interior do sacco compressas de algodão, exercendo-se ligeira compressão sobre a região, por meio de um apparelho ligeiramente apertado.

O methodo de Antyllus tal como o descrevemos, foi durante muito tempo o seguido pelos cirurgiões, até o meiado do sèculo XVI.

Modificado nessa epocha, aperfeiçoado no seculo XVII e principio do XVIII, elle foi no fim deste, desthronado pelo methodo de Anel.

A operação, de facto, parece simples, mas reclama uma delicadeza extrema; o cirurgião nunca estará senhor absoluto do campo operatorio, mesmo em presença de aneurismas diminutos, nem poderá garantir no acto da abertura do sacco, o curso do sangue, que jorra as vezes em abundancia consideravel, embaraçando os outros tempos da intervenção; — libertação dos coagulos, ligadura das collateraes, etc. E depois de laboriosas investigações, liberto o paciente de perigos immensos, surgem difficuldades imprevistas especiaes a cada caso novo;—dôres devidas a inflammação dos nervos ou das partes visinhas, hemorrhagias e paralisias consecutivas.

Emfim, a operação laboriosa de Antyllus na epocha actual deve ser inteiramente proscripta.

(b) O methodo de Anel, é assim chamado por ter sido pela primeira vez praticado, por Dominico Anel em 30 de Janeiro de 1810 em un aneurisma traumatico da dobra do cotovello. Na operação de Anel não se toca no sacco; liga-se o vaso entre o aneurisma e o coração. Anel e Desault faziam a ligadura immediatamente acima do sacco, emquanto

Hunter a executava bem distante e Scarpa mais longe ainda.

A operação de Hunter é superior a primitiva de Anel, sendo a execução mais facil e expondo menos a propagação da ferida ao sacco.

Hunter allega ainda em favor de seu methodo, o facto de se ter a probabilidade de encontrar o vaso perfeito, a distancia do aneurisma.

Esta asserção, verdadeira para os aneurismas traumaticos, é inteiramente infundada com relação aos aneurismas expontaneos.

Nestes, a alteração das paredes do vaso se extende muitas vezes alem do ponto onde se acha situado o aneurisma, e é generalisada a todo systhema arterial.

A modificação de Hunter teve um grande successo e viu-se Abernethy, Cooper, Colles, Valentine e muitos outros, emprehenderem não só a cura de aneurismas carotidianos, como ainda sub-claviculares, iliacos, brachio-cephalicos etc.

Os tempos da operação de Anel são os mesmos de toda operação de ligadura, incisão, descoberta do vaso, exposição do vaso; passagem da fio etc.

A marcha do aneurisma depois da operação, offerece particularidades dignas de nota, já pelos phenomenos que se desenrolam no tumor, nas partes que recebem o sangue da arteria ligada, já pelos accidentes que podem succeder a operação da ligadura, pulsações e aneurismas secundarios. Os phenomenos observados no tumor, apoz a passagem do fio são, a cessação dos batimentos, a diminuição do volume, sendo que esta é proporcional a quantidade de coagulos fibrinosos que elle encerra. Então temos o aneurisma comple-

tamente reductivel, quando pela ausencia de coagulos todo o sangue se diffunde pela circulação geral. Digamos de passagem porêm, que factos desta natureza são muitos raros. O aneurisma é irreductivel quando os coagulos são numerosos e espessos na peripheria. O desaparecimento do tumor, quando reductivel pela subtracção do impulso directo, é entretanto passageiro; pouco tempo depois, a circulação collateral entrando em jogo, faz voltar o sacco ao volume primitivo, por uma especie de circulação nova sem pulsação saccadeé.

Podemos repetir pois como lei, o que dizem os tratados de pathologia, que a ligadura não fecha no sacco o sangue liquido que elle contem.

O tumor tendo attingido um certo volume, adquire tambem uma consistencia maior, endurece completamente e solidifica-se, ora instantaneamente, ora gradualmente da peripheria para o centro.

Depois vai diminuindo de volume, endurecendo, mais e mais, até reduzir-se a um nucleo fibroso e desapparecer. Esta, é a marcha habitual dos phenomenos de reabsorpção, marcha que pode seguir um trilho inteiramente diverso, e o aneurisma conservar-se fluctuante, parcial ou totalmente, ou depois de ter andado uma bôa parte no sentido da solidificação, voltar de novo ao estado primitivo com os batimentos caracteristicos. Annuncia-se pois a reincidencia; falsa algumas vezes e sem perigo aliás para o paciente que demora a poucos passos da cura; verdadeira em outros casos, evidenciando um modo vicioso de terminação e expondo-o a graves perigos.

A inflammação consecutiva pode se declarar. A pelle da região torna-se lusidia, violacia e trans-

parente; perfura-se, transuda e deixa passar o conteudo do aneurisma:— sangue, coagulos, etc., ou ainda o phleugmão se manifesta com todo o seu cortejo de symptomas, reclamando da parte do clinico a intervenção immediata no sentido de abrir o fóco e dar franca sahida aos productos contidos, combatendo-se depois os symptomas locaes e reaccionaes geraes.

Todas essas complicações antigamente attribuidas a causas diversas, são perfeitamente explicadas pela microbiologia, estando hoje o cirurgião sufficientemente armado para combatel-as e impedil-as. Os phenomenos observados nas partes irrigadas pela arteria ligada são, a pallidez, o resfriamento da face, a cessação dos batimentos arteriaes, as perturbações cerebraes etc., phenomenos estes que são momentaneos, passageiros, até que as colletaraes sejam franqueadas pela onda sanguinea que vitalisará em seguida os territorios exangues. A reacção se opera pela turgecencia immediata dos tecidos, o calor é mais intenso do que antes da ligadura.

Os accidentes podem porém, se accentuar, após a ligadura da carotida primitiva, observando-se a hemiplegia e a morte, encontrando-se pela autopsia uma especie de gangrena do hemispherio correspondente a arteria ligada.

Le Fort relata cinco mortes devidas a accidentes cerebraes. Ora, sobre 20 ligaduras feitas desde 1875, uma só vez os accidentes cerebraes foram considerados como consequentes a operação.

O doente de Justo, attingido de um aneurisma esquerdo, curou-se com aphasia e paralysias.

Qual a causa das complicações cerebraes da ligadura nos casos de aneurisma carotidiano?

Não é a suppressão do affluxo sanguineo, porque os accidentes seriam immediatos. Ora, a mais frequente e a mais caracteristica, a hemipligia, é tardia.

A morte brusca tem sido observada no momento de se apertar o fio sobre a arteria, porém não no aneurisma.

E aqui, a morte revela causas excepcionaes, anomalias das arterias cerebraes, ausencia de anastomoses d'um lado a outro, obliteração da arteria vertebral.

No aneurisma, ao contrario, as communicações das arterias cerebraes, com as do lado opposto, na altura do polygono de *Willis*, são mais desenvolvidas que no estado normal, em razão da compressão que exerce sobre a carotida o sacco aneurismatico.

O perigo para o cerebro, é o sacco aneurismatico mesmo, este fóco de coagulação, esta fonte de embolias.

Apóz a ligadura da carotida primitiva o que se passa com effeito?

Pelo amortecimento da circulação, graças as asperezas de sua face interna, o sangue se coagula na bolsa aneurismatica até a primeira collateral, isto é, no nosso caso até a origem das carotidas externa e interna. Acima deste ponto, o sangue circula da carotida externa largamente anastomosada com sua homologa, para a carotida interna e o cerebro.

Mas o coagulo póde exceder a bifurcação da carotida, eventualidade terrivel, subir ao longo da

carotida interna até a ophtalmica e mesmo pelas cerebraes até o cerebro.

E' a thrombose ascendente, responsavel por todos os accidentes cerebraes.

Esta theoria, emittida sob forma de uma hypothese por Lefort, foi confirmada pelas constatações anatomicas de Guinard. Ella explica o apparecimento tardio, progressivo dos symptomas, perturbações occulares, amollecimento cerebral.

Guinard procurou precisar o apparecimento da thrombose ascendente. Em um caso em que esta lesão foi constatada pela autopsia do lado direito, elle encontrou a carotida esquerda obliterada. Elle foi levado a pensar que a thrombose é fatal quando a insufficiencia da circulação arterial do lado opposto á ligadura, a diminuição da permeabilidade das anastomoses que unem as duas carotidas externas, não permittem o retorno do sangue na carotida interna, acima do sacco.

Porém Gay e Riegner, fizeram a ligadura successiva das duas carotidas e não observaram apóz a segunda operação, o menor accidente cerebral imputavel á thrombose.

A diminuição do curso do sangue não basta então para explicar esta coagulação excessiva, uma carotida ou uma jugular perfeitas guardam indefinidamente seu conteudo liquido; o endothelio exerce sobre o sangue uma verdadeira acção anticoagulante.

Porém se, ao mesmo tempo que a circulação diminue, o endothelio arterial se altera em certos logares como na arterio-esclerose, a thrombose deve ser a regra, o coagulo da arteria se continua com o sacco.

A importancia destas alterações arteriaes, acima do aneurisma, seja na carotida, seja nas arterias cerebraes, é demonstrada pelas estatisticas de Le Fort e Zimmermann.

A gravidade do prognostico da ligadura da carotida cresce com a idade, isto é, com o atheroma dos vasos do cerebro.

A infecção no curso da operação ou determinada por um fio de ligadura septica, intervem ainda na producção da thrombose ascendente.

A prova de que a obliteração mechanica dos vasos se acompanha de accidentes septicos, suppurações occulares, meningites, é que os accidentes cerebraes são depois da antisepcia e asepcia muito menos frequente o que outrora. Estes, não são somente devidos a thrombose ascendente da carotida interna. Embolias medias ou pequenas, sob a forma de coagulos vermelhos recentes, são capazes de causar as mesmas perturbações. Seu ponto de partida é o sacco, a infecção ligeira da ferida favorece sua abundancia e sua mobilisação.

O sacco aneurismatico, apóz a ligadura, é ainda uma ameaça para o doente porque elle pode suppurar.

Sobre 24 casos recentes, 4 vezes a suppuração do sacco foi observada. Em um doente de Godefray, o sacco suppurou, se abriu no pharynge.

Virdia relata um caso da pratica de Ambrosio em que o doente morreu de pyohemia.

Fayrer viu a cura de seu operado perturbada por uma suppuração abundante do sacco. 13 dias apóz a ligadura da carotida, a ferida estando cicatrisada, sobreveio um entumescimento consideravel na séde

do tumor primitivo, ao mesmo tempo que a temperatura subiu.

Tres dias mais tarde, uma grande quantidade de pús se escoou pela incisão operatoria.

Os accidentes de infecção foram mais serios no caso observado por Mills. O sacco suppurou, ficou fistuloso; seis semanas apóz a operação o doente sente dores no olho direito, depois apparecem, conjunctivite, œdema das palpebras, e emfim, a ophtalmia purulenta. O doente perde o olho, mas cura-se.

Graves hemorrhagias secundarias seguem a suppuração e abertura do sacco. Assim foi, nos doentes de Fayrer, Mills.

Emfim, ajutamos á longa serie das complicações que ameaçam o doente depois da ligadura, as perturbações laryngéas e pulmonares, aphonia, dyspnéa, accessos de suffocação, devidos á lesão do pneumogastrico e dos nervos laryngêos.

Estes nervos podem ser feridos ou cortados durante a operação, ou as perturbações laryngo-respiratorias existiam antes e continuam se aggravando. Trez vezes na estatistica de Le Fort, a morte foi imputada aos accidentes pulmonares.

Quando a ligadura da carotida primitiva não é seguida de complicações, qual é a qualidade da cura obtida?

Sobre 21 casos, uma só vez o volume do tumor ficou estacionario. Em todos os outros elle se apagou completamente. Ordinariamente a dyspnéa, os accessos de suffocação, não reapparecem mais.

Somente as pertubações laryngéas persistem ligeiras.

Entre os accidentes que podem sobrevir na

operação da ligadura, um dos mais temidos é sem duvida a hemorrhagia secundaria, tanto mais quanto é a arte contra ella impotente.

A causa, é toda aquella que impeça o coagulo a se produzir e adherir as paredes da arteria e as tunicas de se cicatrizarem no ponto onde foram cortadas pelo fio.

A visinhança de uma grande collateral como a sub-clavia contraindica a ligadura. Pelos seus batimentos frequentes, ella impede a formação de coagulos, sendo preciso em taes casos e sendo possivel, escolher-se um logar favoravel a coagulação, praticando-se a ligadura num ponto bastante afastado da collateral.

(*c*) O methodo de Brasdor consiste na ligadura entre o sacco e os capillares. Tambem denominado da ligadura distal, é somente usado em certos aneurismas carotidianos, principalmente n'aquelles que occupando a carotida direita invadem a tronco alterial brachio-aphalico, ou se localisam no segmento thoraxico da carotida esquerda. As estatisticas deste tratamento são muito desfavoraveis e fallam bem alto accusando a operação como um meio aleatorio, por intermedio da qual corre o paciente os riscos de um resultado problematico.

Assim é que dentre as 9 observações de Le Fort, 4 foram fataes e Dittel cita um caso seguido de morte por hemorrhagia.

Na observação de Delens deu-se a reincidencia dois mezes e meio depois, tendo o tumor augmentado notavelmente de volume.

Stoner recentemente teve um insuccesso, assim

como o Professor Terrier que observou perturbações funccionaes.

Na obra de Le Dentu, lê-se que, dentre 16 individuos tratados pelo methodo de Brasdor, seis sobreviveram e apenas trez se curaram radicalmente.

2.º *Extirpação do sacco.* A extirpação do sacco aneurismatico, tambem denominado operação de Purman e attribuida a Phillagrius, consiste em resseccar-se o sacco totalmente ou em grande parte. Ella é actualmente a operação de escolha nos aneurismas circumscriptos e a que possue estatisticas mais favoraveis, sendo o unico processo que desembaraça completamente o doente, de um tumor com tendencia a augmentar constantemente de volume, da ameaça pelas perturbações graves de compressão e pelo perigo da ruptura ou das embolias.

Executada, em começo, a extirpação é facil. A maior difficuldade consiste na dissecção dos nervos em contacto com o tumor, principalmente o pneumogastrico cuja secção acarreta indubitavelmente a morte.

Eis ahi a rasão pela qual o operador deve estar armado de regras anatomicas precisas e indispensaveis.

A incisão deverá ser parallela ao eixo do tumor, parella ao bordo anterior do esterno-cleido-mastoidêo, excedendo os limites do tumor, superior e inferiormente.

Se o aneurisma invade a porção inferior da região sub-hyoidéa e a clavicula, ter-se-ha o recurso da incisão angular musculo-plastica de Luervain, preconisada para serem descobertos os orgãos

profundos, no trigono inferior do pescoço e ao mesmo tempo as partes situadas para abaixo do musculo esterno-cleido-mastoidêo.

Incisar-se-ha a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo, ligando-se a veia jugular interna entre duas ligaduras, se embaraçar a pesquiza do sacco.

Descobrir-se-ha o ponto onde a carotida se mantém em continuidade com o tumor e nesse ponto praticar-se-ha a ligadura lenta do vaso por meio do catgut, de volume medio. No segundo tempo, agir-se-ha do mesmo modo no pólo superior do tumor, isolando-o das glandulas parotida e sub-maxillar e levando-se a dissecção pacientemente até seus dous troncos de bifurcação, que serão ligados.

Isolado o sacco da circulação e todo perigo de embolisação afastado, a situação é inteiramente propicia, favoravel, ao termino operatorio.

Proceder-se-ha a libertação do aneurisma dos orgãos restantes que o adherem.

O pharynge será isolado por meio do dedo. Os nervos pneumogastrico e laryngêo superior, serão respeitados e isolados pacientemente por meio da tenta-canula ou bisturi, podendo-se mesmo esculpir a parede do sacco para separal-os quando a adherencia fôr muito pronunciada. Os mesmos cuidados serão dispensados ao grande sympathico e seguido os conselhos de Delagenière, referentes aos ganglios superior e medio, que serão respeitados no acto da dissecção. Ao isolar-se a parede posterior do aneurisma, deve-se agir com prudencia, no sentido de respeitar-se a arteria vertebral, cuja ferida determina accidentes cerebraes.

Quanto a lesão da arteria thyroidéa, uma simples

ligadura porá termo a hemorrhagia, sem outro inconveniente.

O descollamento do tumor é systhematicamente feito por Delagenière e Walsham, de baixo para cima, outros porém o fazem em sentido contrario. Concluiremos dizendo que o imprevisto, as difficuldades com que muitas vezes se depara no campo operatorio, fazem nesta como naquella intervenção, modificar-se o plano primitivo e comportar-se o cirurgião conforme as circumstancias occasionaes. Entretanto, temendo as embolias, alguns acham prudente o seguinte plano.

A principio ligar as arterias afferentes e efferentes; descollar o sacco do pharynge e dos orgãos visinhos; depois dissecar os nervos sobre o sacco e emfim seccionar os dous pediculos superior e inferior. Apóz a ablação do sacco, pratica-se a sutura e a drenagem. Colloca-se um apparelho de occlusão e o paciente permanecerá em repouso.

A extirpação é superior aos outros methodos de ligaduras simples, por supprimir as mais graves complicações — hemiplegia e paralysias de ordem cerebral.

Os accidentes da extirpação são devidos sobretudo á impericia do cirurgião como sejam, as secções nervosas, hemorrhagias por lesões dos grossos vasos da visinhança, suppuração, etc.

Outrora a ferida da jugular interna, era temida como lesão de alta monta e respondia pelas perturbações cerebraes, consecutivas a ligadura carotidiana. Hoje porém, considera-se a ressecção da jugular como inteiramente inocua. As anastomoses multiplas e volumosas, que unem as veias jugulares entre si e com as do lado opposto, tem evado a

cirurgiões do quilate de Poirier a seccionar a jugular interna, no curso da ablação dos ganglios neoplasicos, sem que tenha succedido o menor symptoma de embaraço circulatorio.

Assim pois, a exemplo de Delagenière, diremos que, não se deve perder tempo em disseccar a jugular na extirpação dos aneurismas carotidianos. Por pouco que ella embarace por seu volume, é preciso resseccal-a entre duas ligaduras. Esta manobra facilitará os outros tempos operatorios. Dever-se-ha conservar intacto o nervo grande hypoglosso, cuja secção determinará immediatamente a paralysia da lingua e perturbações da palavra e da deglutiação. Mas no fim de certo tempo, os movimentos da lingua se restabelecem.

A perda do grande sympathico é responsavel pelas desordens occulares e vaso-motoras da face.

Apóz a secção experimental do sympathico, a pupilla é mais estreita pela predominancia de acção do motor occular commum sobre o esphimter da iris, a palpebra superior cáe e a fenda palpebral se estreita pela paralysia do musculo orbitario de Sappey. E' exemplo frisante deste facto, o doente de Delagenière, que apresentou durante oito dias uma forte mydriase. Os phenomenos vaso-motores, vaso dilatação dos vasos da cabeça e da face, compensam a diminuição do affluxo sanguineo.

O doente de Castro (citação de Chifoliau) queixara-se de sensação de frio e de entorpecimento do lado operado. Estes signaes não persistem. Rapidamente, graças aos glanglios sympathicos superiores, o tonus vascular se restabece e os symptomas occulares desaparecem.

A ferida e a secção do pneumogastrico, são sus-

ceptiveis de determinar accidentes graves: paralysia definitiva do larynge e perturbações da deglutição.

A lesão do nervo laryngêo superior, priva o vestibulo da glotte de sua sensibilidade reflexa, e expõe o doente á queda de particulas alimenticias nas vias aereas.

Muitos cirurgiões têm seccionado o pneumogastrico no curso da ablação de tumores grandes do pescoço. Nenhum accidente grave resulta, a excepção da paralysia do larynge.

A physiologia ensina-nos, de facto, que a secção de um só nervo pneumogastrico, não é seguida de perturbação permanente. A secção dos dous pneumogastricos, ao contrario, é sempre mortal.

Os movimentos da respiração, são profundamente modificados, o coração accelera os batimentos e no fim de alguns dias, o animal morre com lesões pulmonares.

No aneurisma carotidiano, antes da operação, a cohesistencia das perturbações laryngeas, a paralysia da corda vocal, a perturbação da respiração, indicam que o pneumogastrico está profundamenete attingido.

Perguntam pois os cirurgiões, se em casos taes é indifferente seccionar ou respeitar este nervo, funccionalmente destruido? Inspiremos nos factos positivos.

Riegner viu morrer de peneumonia dupla, um dos seus doentes, no qual o pneumogastrico e o grande sympathico foram cortados.

A paralysia sensitiva do larynge, permitte a queda de liquidos buccaes septicos nas vias aereas, segundo

mechanismo admittido por Traube, para explicar a morte apóz a vagotomia.

Em resumo, havendo possibilidade de accidentes pulmonares mortaes é preciso respeitar os nervos pneumogastricos e laryngêo superior.

O que parece contraindicar a extirpação completa, é a friabilidade e a delgadeza do sacco, quando os nervos pneumogastrico, sympathico e grande hypoglosso não podem ser disseccados, e neste caso poder-se-ha praticar uma operação menos satisfactoria, menos grave e mais simples: esta consiste na ligadura das arterias afferentes e efferentes, na curetagem do sacco, ablação dos coagulos, reunião dos planos superficiaes e drenagem.

3.º *Arteriorrhaphia*. Este paragrapho inteiramente novo, abre-se hoje empolgando o capitulo do tratamento dos aneurismas. E' nos «ANNALS OF SURGERY» de Fevereiro de 1907 que se lê a memoria original de Matas, notavel professor de Cirurgia da Universidade da Louisiania nos Estados Unidos da America do Norte, na qual memoria vem com maestria estudado o tratamento dos aneurismas, baseado sobre a arteriorrhaphia.

Inspirando-nos nas palavras exaradas nessa memoria, podemos bem dizer, que o methodo da arteriorrhaphia deriva da velha operação Antyliana, no tocante a abertura do sacco e evacuação do conteudo.

A parte isso porém, ella differe essencialmente do methodo de Antyllus e das outras operações classicas, por não se ligar a arteria principal, pelo facto da cavidade do aneurisma não ser simplesmente drenada e abandonada para curar por granulação. O sacco será fechado e as paredes ligadas a pelle.

A operação de Matas é applicavel essencialmente como elle proprio o diz, a todas as formas de aneurismas periphericos e de troncos volumosas (carotida, axillar, brachial, iliacas e outras muitas) e embora o autor não tenha feito experiencias em lesões similares dos grossos troncos visceraes, o principio suggerido parece ser applicavel a outras formas de aneurisma abdominal.

Ella é particularmente indicada no tratamento dos aneurismas traumaticos, em que a arteria offendida communica com um sacco bem desenvolvido e circumscripto e, em todo aneurisma fusiforme ou saccular quer seja traumatico ou idiopathico, em que a hemostasia provisoria pode ser obtida.

A operação da arteriorrhaphia, foi pela primeira vez executada por Murphy, (1) de Chicago em 1897, tendo obtido união termino-terminal da arteria por sutura, depois da ressecção circular da area lesada.

Ainda como exemplos de sutura arterial, devemos citar os referidos na *Reforma Medica*, 1898, vol. IV, n. 125, por Cammagio, as de Zoege von Monteuffel LXXVIII, pag. 275, Gerard Marchand, Annals of Surgery, 1893, vol. XVIII, 1898 e Perigniez of Amiens, 1901, Annals of Surgery, August 1901, pag. 209, todos applicados no tratamento de aneurismas arterio-venosos. Comtudo, as condições anatomicas e operatorias desta classe de aneurismas, differe tão radicalmente dos aneurismas arteriaes francamente desenvolvidos, unicos que nos interessa, e a Matas em sua memoria, que seria desnecessario esmiuçar-lhe o assumpto.

---

(1) Medical Record New-York, Janeiro, 16 de 1897.

A technica da operação da arteriorrhaphia, basea-se em principios histologicos e pathologicos, cujos dados serão sobriamente mencionados aqui.

A feição dominante e essencial da operação é que, o sacco aneurismatico é encarado como um diverticulo ou prolongamento da arteria principal, com à qual elle está em connexão.

A membrana que forra o sacco, sendo a expansão do endothelio vascular, é capaz da mesma reacção regeneradora que caracterisa as superficies endotheliaes em geral, quando sujeitas á irritação. Por outras palavras — o sacco quando completamente constituido e desenvolvido é analogo ás cavidades serosas, quer sob o aspecto histologico e embryologico, quer sob o cirurgico, e deve ser tratado, como uma cavidade serosa comparavel ao peritoneo, pleura, pericardio, dura-mater, etc.

Esta concepção é a base do methodo aqui descripto e successivamente utilisado por Matas, para assegurar por meio de suturas a obliteração do sacco aneurismatico e de seus orificios.

A applicação da sutura no interior do sacco, como vai ser resumidamente descripta, é uma applicação dos conhecimentos já alcançados, em outros territorios da cirurgia arterial. Ella é simplesmente uma adaptação dos principios de reparação arterial, obtidos a custa da ligadura aseptica, sutura venosa e arteriorrhaphia circular e linear.

Differe porém no tocante ao modo de tratamento da tunica interna da arteria, que será atacada directamente pela luz do vaso ou melhor pelo interior do sacco aneurismatico, afim de que, por suas qualidades plasticas facilite a occlusão e cicatrização

rapida da parede arterial, que se tem seccionado no curso da intervenção.

Na conducta da operação, attende-se a hemostasia prophylatica, operação preliminar indispensavel ao bom exito da arteriorrhaphia. Empregar-se-hão para esse fim as pinças de Bilroth, as laminas protegidas de gomma elastica (Murphy Burci, os clampos de crite, Allegian, Tilden Braon etc. Matas emprega a seda simples em forma de presilha de tracção, por ser a mais conveniente e mais prompta.

No aneurisma carotidiano, diz Matas, a circulação collateral é tão desembaraçada no lado distal, que ambos os pólos do tumor devem ser comprimidos.

Apoz a hemostasia, quando toda pulsação perceptivel do tumor, tiver desapparecido, uma incisão livre parallela ao grande eixo do tumor deve ser feita ficando este, descoberto de uma extremidade a outra. Seguir-se-ha a dissecção cuidadosa do sacco, delle sendo afastados todos os orgãos visinhos. No terceiro tempo operatorio, praticar-se-ha a abertura do sacco evacuando-se-lhe o conteudo e, ao mesmo tempo proceder-se-ha o reconhecimento do typo do sacco e o numero de aberturas. Uma nova incisão longa será feita até o interior do sacco, sendo extendida de uma extremidade a outra do tumor em seu mais longo diametro e na linha da arteria principal.

O sangue, os coagulos contidos, serão evacuados e a cavidade será aberta pelo afastamento de seus bordos, descobrindo-se os orificios que lhe desembocam no interior.

No aneurisma fusiforme encontrar-se-hão duas largas aberturas no interior.

Se o aneurisma é do typo sacciforme, deve possuir uma só abertura de grandeza variavel e de

forma circular ou ovoide. Em qualquer das hypotheses porem, depois de obtida a hemostasia completa, o interior do sacco deve ser completamente esfregado com gaze embebida em solução salina esterilisada, tendo em vista limpal-o dos coagulos sanguinolentos adherentes e estratificados.

Este toilete do sacco, melhora a circulação e prepara-lhe prompta reacção plastica.

Neste sentido, a serosa que reveste o interior do sacco como é simplesmente uma extensão intima da arteria principal, assemelha-se exactamente a serosa peritoneal, e esta como é bem sabido, cura-se promptamente quando suturada depois de previamente irritada por escarificação ou raspagem.

Depois desses cuidados, o curso da operação variará nos aneurismas fusiformes e nos sacciformes. Nos primeiros, os dous orificios do interior do sacco serão respeitados, afim de por elles estabelecer-se a continuidade do vaso, depois de calibrado pela sutura das paredes do sacco.

Os ultimos, os aneurismas sacciformes com um só orificio de communicação, são os que mais vantagens offerecem ao emprego da arteriorrhaphia.

A sutura saccular do orificio, não somente permitte a cura radical do aneurisma por occlusão de seu orificio nutriente, mas tambem favorece a restauração da arteria affectada em sua integridade funccional e anatomica.

A sutura será occlusiva e reparadora.

O material a empregar-se é o seguinte; fios de catgut finos, as agulhas cujo tamanho e curvadura devem variar de accordo com as aberturas a serem fechadas e a densidade dos tecidos a serem suturados.

As agulhas muito curvas de Mayo, Kelly e de Fergusson que foram construidas para manobras intestinaes são excellentes. Matas usa as agulhas de Hagedorn com resultado satisfactorio. De regra, a sutura continua dá bons resultados em todos os casos, especialmente quando o tempo urge.

Sendo o objecto da sutura, completar a abertura com o fim hemostatico e não para restaurar o calibre do vaso no qual elle está ligado como no caso vertente de aneurisma saccular, então a sutura continua pode ser feita, por ser a mais rapida e de melhor effeito. A distancia que deve ser regulada pelo tamanho da abertura a fechar-se, será de oito a dez pontos por pollegada.

O ponto principal a attender-se é que as suturas devem abranger espessura sufficiente e assegurar firme e solida adherencia da membrana fibrosa basal, calibrando a arteria sem obstruir-lhe a luz.

O successo funccional da operação depende do modo de calibrar o vaso principal, devendo-se attender principalmente a larguesa deste na restauração da arteria pelo interior do sacco.

Nos saccos largos, em que o fundo da cavidade é profundamente situado e apresenta um accrescimo de substancia, é de bôa pratica, para reforçar-se a primeira linha de suturas occlusivas, applicar-se uma segunda fileira, systhema Lembert, em um nivel mais elevado.

Esta segunda fileira levantará uma superficie consideravel do fundo do sacco e das paredes lateraes da cavidade, revestindo o primeiro plano de sutura, reduzirá consideravelmente as dimensões do sacco.

Dar-se-ha fim a operação, depois da obliteração

da cavidade, invertendo-se as paredes do sacco e suturando-se-lhes a pelle.

No logar onde se alojava o tumor haverá uma depressão, variando em profundidade e apresentando a apparencia de um cone ou ovoide vasio. Um penso de gaze esterilizada simples, ligeiramente compressivo será collocado para preencher o vasio occupado pelo aneurisma. Em certas condições especiaes, para calibrar os aneurismas fusiformes de duas aberturas, o professor Matas serve-se de um catteter flexivel ou um tubo, correspondendo em diametro a capacidade da arteria principal e applica-o no fundo do sacco fazendo penetrar as extremidades nos dous orificios da communicação e pratica a sutura em toda extensão, excepto no centro por onde o guia tem de ser retirado.

Feita uma segunda linha de sutura sobre a primeira, um canal continuo fica estabelecido communicando os orificios principaes e permittindo o sangue fluir directa e ininterruptamente desde o logar do vaso central até as partes distaes.

Chifoliau em sua these sustentada perante a Faculdade de Medicina de Paris, refere-se em termos poucos lisongeiros a este processo.

Acreditamos, no entanto, que o futuro venha provar, que o methodo em questão é o mais util de todos os conhecidos até hoje, pois, com elle não ha perturbação da circulação.

OBSERVAÇÕES

Ao assumpto essencialmente pratico que escolhemos para nossa dissertação, resolvemos junctar o maior numero de observações que nos foi possivel e isto fazemos como um demonstrativo do emprego já vasto do methodo cirurgico nos aneurismas carotidianos.

OBSERVAÇÃO I

DR. PACHECO MENDES.—*Aneurisma da arteria carotida primitiva direita.—Entirpação do sacco.— Cura.*— « Imprensa Medica », 1904, pag. 193-195.

A. P..., de 62 annos, apparencia mediocre. Antigo vaqueiro, exerce ha vinte e tres annos esta profissão que o obriga a equitação durante todo dia. Gozou sempre boa saude até a idade de 22, epoca em que contrahiu a syphilis. Ha dezeseis mezes, o doente percebeu a presença de um tumor na parte média da região carotidiana direita; até então este tumor era indolente; mas, ha alguns mezes, sobrevieram dôres que se irradiam para as partes lateral direita e anterior do thorax.

O tumor é alongado no sentido vertical do pescoço; tem o volume de uma tangerina grande, e a sua extremidade superior insinúa-se por baixo da parotida, com a qual se confunde.

E' animado de uma pulsação, que se acompanha de um movimento de expansão, e apresenta um sopro intermittente no momento da diastole arterial; pela pressão se diminue um pouco o seu volume sem reduzil-o completamente. A compressão da carotida, acima da clavicula, supprime todo o ruido ou movimento no sacco.

O exame do coração revela a existencia de um sopro no

primeiro tempo, com maximum no orificio aortico, sonoro, de timbre metallico, devido a lesões mui provavelmente atheromatosas das valvulas sigmoidéas.

A auscultação dos pulmões demonstra as manifestações proprias de uma bronchite chronica.

O exame das urinas nada revela de anormal.

O doente nunca apresentou perturbações cerebraes; é quasi aphono, e sua pupilla direita, extremamente dilatada, não reage á luz.

Elle pede que o desembarasse do seu tumor, que tem sensivelmente augmentado nos tres ultimos mezes; que perturba seu somno pela sensação do sopro e do batimento; que igualmente o incommoda pela expansão e tumefacção que se produzem em seguida a qualquer esforço; finalmente que experimenta de continuo uma sensasão de calor e de alfinetadas no rosto.

Operação. — Depois das minuciosas precauções antisepticas e da anasthesia locál pelo chlorureto do ethyla, praticamos sobre o grande eixo do tumor e na direcção do bordo anterior do sterno-mastoideo uma incisão desde a extremidade inferior do pavilhão da orelha até dois centimetros acima da clavicula.

Isto feito, procuramos antes de tudo descobrir a carotida primitiva, na parte inferior da ferida, e collocar uma ligadura preventiva no vaso, sem apertal-a. As extremidades desta ligadura foram confiadas a um dos ajudantes, o qual foi encarregado de apertal-a immediatamente, em caso de abertura accidental do sacco durante as manobras de dissecção.

Procuramos então limitar e isolar o tumor. Foi facil dissecar a sua extremidade inferior, recalcando-o de cima para baixo e exercendo ligeiras tracções no sacco.

Levantando com precaução a parte livre do tumor, viu-se logo por detraz o nervo pneumogastrico, na extensão da face posterior do sacco. Dissecamos com cuidado o nervo, que adheria fortemente ao tumor, e nos animamos, depois de haver separado um grosso cordão avermelhado — o ganglio do grande sympathico, — a isolar o sacco, sem o poder pediculisar em sua extremidade superior. Proseguimos até a apo-

physe mastoide, debaixo da qual o tumor se insinuava, sem que parecesse deixar de continuar. Procurando pediculisal-o na proximidade da sua entrada na cavidade craneana, produziu-se grande hemorrhagia, immediatamente jugulada pela ligadura preventiva, consecutiva á ruptura do sacco em sua parte postero-superior e no ponto correspondente ao bouquet arterial da terminação da carotida.

Para simplificar o nosso trabalho, collocamos uma ligadura de seda na extremidade superior do sacco e, depois de o haver seccionado a dois centimetros da ligadura. suturamos a SURJET a extremidade seccionada do sacco.

Era, parece-nos o unico meio que podiamos recorrer em semelhante caso.

Uma vez assegurada a hemostasia concluimos a operacão collocando um grosso dreno no fundo da cavidade, e suturamos a seda os bordos da ferida.

CONSEQUENCIAS. — Nenhum incidente sobreveio em consequencia da operação; a circulação continuou a fazer-se, sem occasionar a menor perturbação cerebral; a cicatrização operou-se em bôas condições, apenas entravada por um abcesso tardio, produzido por um fio que foi eliminado no decimo sexto dia depois da intervenção.

O doente deixou o hospital 22 dias apóz a operação. Sua voz conservou meio rouca e a pupilla direita ainda se mantinha contraida. Vimol-o quatorze mezes depois da operação, no gozo de bôa saude.

OBSERVAÇÃO II

DR. PACHECO MENDES. — *Aneurisma da carotida primitiva direita.* — *Extirpação do sacco.* — *Cura.* — «Imprensa Medica», pag. 195-197.

L. S..., 42 annos, agricultor, gozou sempre excellente saude, e não apresenta nenhuma particularidade notavel em eus antecedentes hereditarios. Não se lembra de suas molestias de infancia. Confessa ter tido em sua mocidade duas blennorrhagias e um cancro molle, seguido de bubão volumoso

que necessitou ser aberto. Não accusa syphilis, e o interro gatorio parece dar-lhe razão. Nega ter feito uso de bebidas alcoolicas.

O doente parece gozar saude; as funcções digestivas e respiratorias se effectuam normalmente. As urinas não contèm assucar nem albumina.

Ha onze mezes approximadamente, percebeu um tumor do volume de um ovo de pomba, situado na parte média do pescoço, sendo sua attenção despertada pelas dôres que experimentava na nuca.

Foi então que se decidiu vir á Bahia para se tratar.

Constatamos um tumor do volume do punho, occupando os dois terços superiores da região carotidiana direita.

Apalpando-o, notava-se o fremito que se suspeitava pela simples inspecção do tumor, além de um thrill notavel observado em toda região correspondente.

O tumor não era reductivel. Pela auscultação percebia-se o duplo sopro claro. A diminuição das pulsações (68 batimentos por minuto), a arythmia cardiada e as perturbações oculo-pupillares (ptose da palpebra direita e atresia pupillar), são signaes evidentes de compsessão dos nervos pneumogastrico e sympathico.

As perturbações da sensibilidade subjectiva traduzem-se por dôres subitas, sensação de arrancamento e esmagamento no pescoço, na nuca, na espadua direita e no braço correspondente.

Operação. — A operação foi praticada, sob a acção do chloroformio, a 18 de Fevereiro de 1902.

Incisão partindo da parte inferior do pavilhão da orelhas ao longo do bordo do sterno-mastoideo até dois centimetro, acima da clavicula. Secção do cuticular e da aponevrose. O bordo do musculo é mobilisado; prende-se a massa vasculo-nervosa, afastando o larynge; rompe-se a bainha perto deste, e faz-se pressão de dentro para fóra.

Em face de grandes adherencias e para evitar as consequencias de uma hemorrhagia durante as manobras de dissecção, decidimo-nos pela ligadura da carotida primitiva ao

nivel da extremidade inferior da ferida. Uma vez apertada a ligadura e collocada uma pinça, acima, no sacco, seccionamos a arteria entre a ligadura e a pinça, procurando extirpar o tumor da profundeza para a superficie e de baixo para cima.

Levantando o sacco, percebemos que a bolsa adheria intimamente á massa vasculo-nervosa.

Na dissecção da parte inferior do tumor, que se apresentava azulado, delgado e liso, fizemos na veia jugular interna uma pequena brécha, produzindo-se então uma hemorrhagia abundantissima. Para paral-a, collocamos abaixo do tumor uma ligadura na veia lesada, e continuamos pacientemente a dissecção para cima, em procura da extremidade superior.

Neste ponto, via-se o tumor insinuar-se por baixo da parotida, á qual adheria intimamente.

Isolamos progressivamente a extremidade superior do aneurisma, conseguindo com difficuldade pediculisar o sacco immediatamente junto da apophyse mastoidéa.

Collocamos um catgut de segurança na extremidade superior da bolsa, concluindo o restante da operação com muita facilidade.

Immediatamente depois da operação verifica-se que a pupilla direita está em myosis, em relação á esquerda, o reflexo conjunctival está enfraquecido a direita por compressão.

No dia seguinte á operação o doente sente-se bem; nada mais soffre. A desigualdade pupillar persiste.

Nos dias subsequentes: desapparição completa das dôres que o doente experimentava antes da operação; elle póde sentar-se e mover a cabeça facilmente sem soffrimento. O curativo é levantado dez dias após a operação para retirar os fios. A ferida está bem cicatrizada. O doente despede-se dezeseis dias depois da operação completamente curado.

OBSERVAÇÃO III

DR. JOÃO ALVES DE LIMA. — *Aneurisma da carotida primitiva esquerda. — Extirpação do sacco. — Cura.* — « Gazeta Clinica de S. Paulo », pag. 41-42.

No começo de Dezembro de 1906, Candido G., brasileiro, de 36 annos, celibatario, empregado do commercio, de constituição robusta e de um estado geral muito satisfactorio veio nos consultar e nos contou que já fôra por nós operado ha dois annos, em consequencia de uma infiltração de urina consecutiva a um estreitamento da urethra do qual fôra curado; em consequencia a um grande esforço feito para levantar uma barrica de vinho sentiu uma dôr na região cervical esquerda e percebeu em seguida uma tumefacção collocada no terço médio do bordo interno do musculo esterno-cleido-mastoidêo esquerdo.

A tumefacção no começo difficilmente perceptivel, augmentou pouco a pouco até attingir o volume de um ovo de pomba quando nós o examinamos.

Pelo exame praticado, constatamos que a posição da tumefacção estava em relação com o trajecto da carotida primitiva, apresentando uma sensação de renitencia á palpação, acompanhada de batimentos e de movimentos de expansão.

Pelo estetoscopio verificamos que o tumor apresentava um sopro intermittente no momento da diastole arterial e que o polo superior do tumor não excedia uma linha horisontal passando ao nivel do grande corno do osso hyoide; em consequencia o diagnostico de aneurisma da carotida primitiva esquerda se impunha.

A não ser os phenomenos de compressão que perturbavam seu somno e uma ligeira rouquidão o doente nada soffria.

C. G. desencorajado pela inefficacia das pommadas resolutivas e calmantes que outros lhe receitaram, veio nos pedir uma intervenção definitiva para seu mal e estava promplo a soffrer uma intervenção cirurgica desde que não houvesse outro meio de cura.

Expomos com toda franqueza a C. G. a gravidade de seu caso e lhe propuzemos a therapeutica cirurgica, unico meio de cura, apezar de todos os perigos.

Não havendo embaraço de escolha, elle acceita corajosamente com todos os riscos e perigos o tratamento que lhe

aconselhamos e propõe no fim de alguns dias entrar para o Hospital Central, em um quarto particular para soffrer a operação.

Operação. — C. G. não apresenta nada de importante, nem de interessaute no ponto de vista de seus antecedentes, seja pathologicos, seja hereditarios.

A 28 de Dezembro de 1906 sob a narcose chloroformica e abraçado da mais rigorosa asepcia, nós fizemos a operação: sobre o bordo visivel do musculo esterno-cleido-mastoidèo incisamos a pelle, a partir da articulação esterno-clavicular; seguindo exactamente as regras de Farabeuf, chegamos com facilidade a arteria ou melhor a parte livre do vaso, perto do tumor; sobre este ponto nós desnudamos a arteria e collocamos um forte fio de seda, o qual foi confiado a um dos nossos auxiliares que devia apertal-o no caso de uma provavel hemorrhagia durante a dissecção do tumor.

Isto feito, começamos a dissecção do aneurisma de baixo para *cima* e de diante para traz, porém convergindo nossos esforços para collocar uma ligadura no pólo superior do tumor; quasi no fim de nossa dissecção sobreveio uma forte hemorrhagia devida á ruptura da parede posterior, bastante delgada do aneurisma; neste momento nos felicitamos por ter seguido a technica do pr. P. Mendes, porque nosso auxiliar apertou a ligadura inferior e collocamos uma outra ligadura acima do tumor.

Um outro accidente nos apparece quanto a segunda ligadura, a desnudação da arteria sendo muito difficil por causa da grande quantidade do sangue que encobria o campo operatorio, apertamos com rapidez a ligadura que comprime o pneumogastrico; as perturbações immediatas da respiração nos esclareceram sobre este accidente e sem perder tempo nós collocamos uma outra ligadura, apóz o que, nós extirpamos toda bolsa aneurismatica. Sutura dos musculos com catgut e externa com a crina de Florença. Dreno na parte inferior da ferida.

Immobilidade absoluta durante 48 horas.

Ficamos surprehendidos da maneira pela qual se restabe-

leceu a circulação collateral, não tendo provocado senão uma ligeira desigualdade pupillar e um augmento da rouquidão da voz, que desappareceu no fim de alguns dias.

O doente se levanta no fim de 8 dias e os pontos de sutura foram retirados com uma cicatrisação da ferida per primam.

Doente operado pelo Dr. Alves Lima. Extirpação do sacco onde se vê ainda signaes de cicatrisação.

Já se passaram 6 mezes e o nosso operado continúa a gozar de perfeita saúde.

Embora não tivessemos assistido a operação em questão, tivemos o prazer de ver o doente na occasião de se retirar os fios de sutura e ficamos surprehendidos pelo estado satisfactorio do paciente.

OBSERVAÇÃO IV

DR. TUFFIER.—*Diagnostico e tratamento de um aneurisma da carotida primitiva direita.—Extirpação do sacco.—Morte.*

Félicie Lejeune, 53 annos, entra no hospital Beaujon no serviço clinico do Dr. Tuffier, sala Jarjavay, no dia 19 de Junho em consequencia a um tumor do pescoço.

Nada tem de notavel em seus antecedentes hereditarios. Nunca teve syphilis e ha uns doze annos fôra operado de uma cataracta do olho direito; desde 10 annos elle soffre de tosse, principalmente no inverno.

No dia 25 de Março de 1901, o doènte constata na região lateral do pescoço, ao nivel do osso hyoide, uma pequena «bola» da grossura de uma noz, animada de batimentos e apparecida expontaneamente sem causas conhecidas. A pressão do dedo sobre este tumor determina uma sensação de constricção da garganta. Nos dias seguintes o tumor augmenta rapidamente até attingir o volume actual ao mesmo tempo que apparecem dôres de cabeça e perturbações laryngeas e respiratorias.

Estado actual, 19 de Junho de 1901.—Vê-se sobre a parte lateral direita dŏ pescoço um tumor de fórma ovoide de grossa extremidade superior, se estendendo obliquamente do angulo do maxillar inferior até dois dedos acima da clavicula, na direcção do esterno-cleido-mastoidèo.

Para cima e para adiante o tumor se prolonga sob o ramo horisontal do maxillar inferior, até a visinhança da linha mediana. Para cima e para atraz elle attinge a região parotidiana; para dentro elle é accessivel ao dedo pela parede lateral do pharynge; elle produz a desviação do conducto laryngo-tracheal para a esquerda da linha mediana. A pelle que recobre o tumor é um pouco vermelha e quente, porém movel sobre o tumor. De consistencia desigual, o tumor é apenas depressivel no centro, remittente no polo inferior. Apresenta batimentos synchronos ao pulso e movimentos de expansão muito nitidos. Os batimentos transmittidos ao maxillar inferior lhe communicam verdadeiros movimentos de mastigação rythmada, visiveis a distancia.

Pela auscultação um sopro systolico rude. Acima do tumor o pulso temporal direito é pequeno, retardado sobre o do lado opposto. Os batimentos diminuem quando se comprime a carotida abaixo do tumor. A palpebra direita em ligeira ptose. A veia jugular interna entumecida, visivel sob a pelle apresenta um falso pulso venoso.

Signaes funccionaes.— Apoz o apparecimento do tumor, o doente se queixa de uma dôr de cabeça continua. Dôres irradiadas na região mastoidiana occipital e na espadua, seguindo o trajecto dos ramos do plexo cervical superficial. De uns tempos a esta parte o doente soffre uma dôr na orelha direita e nevralgias dentarias. A voz rouca; desde dois mezes o doente soffre uma sensação de constricção do larynge como se a garganta estivesse obstruida por pedaços de carne. Elle tosse por accessos, expectora catarrhos mucosos abundantes e se queixa sobretudo de crises de suffocação.

A deglutição não é impedida, liquidos e solidos passando bem, porém o doente é incommodado por uma sequidão na bocca e na garganta que o obriga a beber muito. Elle accusa sensações alternativas de calor e de frio na cabeça e no pescoço do lado direito; elle apresentava antes de entrar para o hospital durante alguns dias um œdema da metade direita da face e sobretudo das palpebras que o impedia de abrir os olhos. Dados estes signaes physicos e funccionaes, o diagnostico de aneurisma da carotida primitiva direita se impunha.

O exame completo do doente não revela lesão organica; ruidos do coração normaes, arterias periphericas perfeitas; rins funccionando bem e na urina nem assucar nem albumina.

Sem tentar a compressão digital da carotida, Tuffier resolve extirpar o aneurisma carotidiano como um tumor banal do pescoço e pratica a operação no dia 22 de Junho de 1901.

Operação — Sob o somno chloroformico, Tuffier com a assistencia de Chifoliau e Loubet, pratica sobre o grande eixo do tumor uma incisão indo da parte inferior da apophyse mastoide até dois dedos atravessados acima da clavicula, seguindo o bordo anterior do estemo-mastroideo. Este musculo adherente a superficie do tumor é seccionado na sua parte média e as suas porções superior e inferior rapidamente dissecadas; os musculos sub-hyoidèos adherentes ao tumor são tambem seccionadas transversalmente. Percebe-se então o pólo superior do aneurisma recuberto pela jugular interna. Tuffier em vão procura affastar a veia para em seguida seccional-a

entre duas ligaduras. Abaixo do tumor a carotida é descoberta e um fio de catgut de calibre medio é collocado em torno da arteria para ser apertado em occasião opportuna.

O segmento inferior do tumor é facilmente descollado com o dedo do pharynge, para dentro. Para fóra o pneumogastrico se apresenta sob a forma de um cordão edemaciado; seguido de baixo para cima elle se perde no tumor. E' impossivel de o dissecar sem abrir a bolsa aneurismatica, e como, elle immobilisa o tumor e impede de o reclinar para fóra, Tuffier resolve sacrifical-o. Elle faz cessar o chloroformio e corta o nervo; nenhuma perturbação se traduz quanto a respiração e circulação. O operador trata em seguida da parte superior basal do aneurisma. Elle isola diffcilmente com thesouras curvas, um prolongamento anterior que adhere á glandula sub-maxillar e se estende até o pavimento da bocca sobre a face interna do maxillar inferior.

No momento em que procura libertar do pharynge a face interna da bolsa, a parede aneurismatica muito delgada se rompe e o sangue inunda o campo operatorio.

O auxiliar aperta o fio collocado abaixo do tumor e os seus batimentos cessam, porém o dedo do operador na cavidade do sacco sente o jacto de sangue que reflue de cima para baixo pelas carotidas interna e externa. Uma pinça é collocada sobre o pediculo superior do aneurisma acima do tumor. Em seguida este pediculo é seccionado e Tuffier isola a parte do sacco que adhere aos musculos prevertebraes. Neste momento, o grande sympathico é seccionado.

Apoz a ablação do tumor, o campo operatorio é uma vasta escavação limitada para dentro pela trachéa e o œsophago, para fóra pelos nervos do plexo brachial, o nervo phrenico; o fundo é formado pela columna cervical e os musculos prevertebraes. Todas as ligaduras arteriaes são feitas com catgut. O musculo esterno-mastoidéo é suturado, depois os planos superficiaes são reunidos com crina de Florença apoz a collocação de um dreno. Durante 7 dias o doente conserva bôa apparencia com pequenas perturbações funccionaes.

No 7.º dia o penso é mudado.

No dia seguinte ablação dos fios. Com uma sonda canulada Tuffier explora a ferida e com a desunião de um ponto apparece um escoamento abundante de liquido avermelhado. Desse dia em diante as condições do doente tornam-se mais graves e 6 dias permanece em um estado alternativo ora em estado febril, ora em estado normal. Passados oito dias o estado do doente se aggrava ouvindo-se pela auscultação um sopro pneumonico e o halito muito fetido. Tres dias apóz o doente fallecia em consequencia á pneumonia, como foi revelado pela autopsia. Todos os outros orgãos em perfeito estado, salvo pequenos atheromas da aorta.

OBSERVAÇÃO V

KAREWSKI, de Berlin. — *Diagnostico e tratamento dos aneurismas expontaneos da carotida primitiva.* — «Berliner Klinische», Wochenschrift, 14 de Setembro de 1891, pag. 409.

M. H..., 30 annos, serralheiro, gozou sempre bôa saude até aos 23 annos, epoca em que contrahira um cancro não seguido de accidentes secundarios. Ha alguns annos o doente se faz tratar por uma pharyngite com rouquidão. Em sua familia, não ha casos de tuberculose pulmonar nem molestia alguma hereditaria. O doente não é alcoolista, nem tem um trabalho fatigante.

Ha quatro dias, isto é, em meiados de Maio, elle nota difficuldade na deglutição, uma dôr viva no lado direito do pescoço e tem a sensação de que sua lingua se tornara mais grossa, isto sem causa conhecida.

Ao mesmo tempo, elle constata um tumor do pescoço e rouquidão da voz. O tumor augmenta pouco a pouco; a voz melhora momentaneamente. Nenhuma outra perturbação fôra notada, até o dia em que o doente se dirige á consulta do Dr. Manasse.

ESTADO NO DIA 9 DE JUNHO DE 1891. — O homem, de tamanho médio, vigoroso, apresenta sobre o lado direito de seu pescoço um tumor redondo da grossura do punho, que occupa todo o espaço comprehendido entre o bordo superior do esterno-cleido-mastoidèo e o osso hyoide. Seu grande eixo

é dirigido de cima para baixo e de traz para adiante. A maior parte do tumor occupa as regiões superiores. A fórma do tumor no seu conjuncto é arredondada e globulosa; possue uma superficie lisa. No pólo superior, comtudo nota-se duas ou tres bossas que se destacam. A pelle acima do tumor é normal. Sob a pelle nota-se distinctamente o trajecto do esterno-cleido-mastoidêo que não contrahe adherencia alguma. As veias superficiaes do pescoço e da face não são dilatadas e não existe œdema. Pulsação e sensação de fluctuação não são percebidas, porém quando se comprime o tumor elle diminue e desapparece sob o dedo que o apalpa. Quando se aperta o tumor dos dois lados o doente torna-se cyanosado e dyspneico.

A cessação da compressão se traduz pelo reapparecimento do tumor. Apoiando-se fortemente, sentiu-se o batimento da carotida parecendo que este phenomeno é transmittido para o tumor. A auscultação revela dois ruidos do coração; nem sopro, murmurio e dôr, senão quando a pressão é forte. Pela compressão da jugular interna não se reduz o volume do tumor. A compressão da carotida não diminue o tumor. O exame laryngoscopico feito pelo Dr. Manasse indica rubor e tumefacção das falsas cordas vocaes e a immobilidade da verdadeira corda vocal direita durante a phonação. A lingua quando posta para fóra é desviada para o lado direito e a parte direita parece muito mais estreita e delgada que a outra. O contrario se observa quando a lingua está dentro da bocca. Pupillas eguaes e reagem normalmente. O pulso é synchrono e da mesma força nas duas radiaes e temporaes. As arterias são delgadas e não sinuosas. Ligeira perturbação da deglutição. Os signaes de syphilis faltam. Orgãos internos sãos; nem assucar nem albumina na urina. Somno, appetite e digestão em estado normal. Temperatura normal.

O diagnostico differencial estava para se fazer entre uma adénite aguda com suppuração; um kisto do pescoço com conteudo seroso ou dermoide; um kisto sanguineo; um aneurisma da carotida.

Esta ultima lesão foi a preferida por muitos de seus

symptomas e exclusão das outras lesões por muitas razões que não nos adianta enumerar.

Operação no dia 10 de junho. — Incisão ao longo do bordo anterior do esterno-cleido-mastoidêo, da apophyse mastoide á clavicula. Divisão do platisma myoide (cutaneo). Descoberto o tumor viu-se que elle tinha sua maior largura e circumferencia ao nivel do osso hyoide; elle diminuia pouco a pouco até o maxillar inferior. Ao contrario elle diminuia rapidamente para baixo de maneiras que apparentava-se muito á uma pera. Não se sentia nenhuma pulsação. Uma capsula nitidamente fibrosa não existia e a parede formada de muitos tecidos. Descobriu-se a carotida immediatamente acima de sua origem assim como a jugular e passou-se em torno dellas fortes ligaduras para serem apertadas em momento opportuno. O sacco foi em seguida bem dissecado.

Varios vasos foram ligados entre os quaes um que se dirigia a glandula thyroide e que pela secção appareceu thrombosado. No pólo superior do tumor e a elle adherente encontra-se o grande hypoglosso achatado e amarello.

Procurando-se o dissecar, rompe-se em um ponto o tumor.

Resulta uma forte hemorrhagia arterial que é sustada immediatamente pelo assistente que fecha o buraco com gaze iodoformada. Liga-se rapidamente a carotida primitiva e a hemorrhagia diminuindo muito pouco procura-se as carotidas interna e externa. A primeira foi rapidamente ligada, a segunda não foi nem descoberta e nem ligada com certeza. Em tódo caso a hemorrhagia havia cessado quando se retirou o tampão. Cinco minutos apóz a ligadura o doente teve uma syncope que com algumas injecções de ether desappareceu. Uma parte do sacco foi então extirpado e toda a cavidade tamponada desde a apophyse até a clavicula. Suturas. Penso iodoformado.

Evolução sem reacção. Nada de accidentes de anemia, de paralysia facial. Não houve mais hemorrhagias, porém nos tres primeiros dias o doente soffrera nauseas e apresentara o pulso frequente (120-140).

No quarto dia os tampões eram substituidospor um dreno.
No decimo dia o doente se levanta pela primeira vez.
No decimo setimo dia elle dá seu primeiro passeio e está definitivamente curado.

OBSERVAÇÃO VI

Walsham. — *Um caso de extirpação de um grosso aneurisma não pulsatil das arterias carotidas primitiva, externa e interna direitas.* — « Medico-chirurg.-Transact. », 1899, vol. 82, Londres.

A. B..., empregado a bordo de um navio, 48 annos. Tumor do tamanho de uma bola de cricket se estendendo desde o angulo do maxillar inferior até muito proximo da clavicula.
Este tumor diz o doente datar já de 6 annos, augmentando, porém, rapidamente de volume ha quatro mezes. Consistencia geral dura, porém molle e semi-fluctuante em alguns logares. Respiração e deglutição em estado normal.
Nada de anormal quanto ao pulso. Pelo obscuro dos symptomas o Dr. Walsham opina pela incisão exploradora para firmar o diagnostico. Descoberto o tumor verificou-se que era bem encapsulado e decidiu-se a fazer a extirpação. Continuando prudentemente a enucleação do tumor um jacto de sangue negro se produz pela incisão exploradora do tumor, porém foi logo parado pelos dedos, esponjas e gaze. Tornou-se claro tratar-se de um aneurisma, e isto acontecendo só restava continuar a operação, procedendo-se a extirpação do tumor. Foram collocadas duas ligaduras entre a arteria e o tumor, e seccionada a parte intermediaria. O sacco é extirpado e o doente deixa o hospital 15 dias apoz a operação completamente curado.

OBSERVAÇÃO VII

Delagenière. — « Archivos provinciaes de cirurgia ». — Paris, 1896, t. V, pag. 225-234.

Julieta L..., edade 16 de annos, empregada em serviço domestico. Tumor no lado esquerdo do pescoço, da grossura

de uma laranja, se estendendo do maxillar inferior até 2 centimetros acima da clavicula. Tumor datando de nove mezes, de consistencia dura, bosseolado sobre seu bordo posterior, parecendo movel sobre as partes profundas. Tratamento local sem resultados. O tumor apresenta movimentos de expansão e de elevação. E' animado de batimentos isochronos aos batimentos do coração. Pela auscultação ruido de sopro intenso. A compressão da carotida acima da clavicula faz cessar os batimentos e a expansão. Pulmões normaes. Visão normal. Voz fraca, parecendo-se com a voz de uma menina de 10 annos.

A doente revela ter recebido ha um anno, mais ou menos, uma forte pancada no pescoço. Por todos estes signaes foi feito diagnostico de aneurisma da carotida primitiva. Foi feita a operação de extirpação do sacco no dia 26 de Dezembro de 1895. Não houve o choque post-operatorio. Immediatamente apóz a operação mydriase da pupilla direita, que dura 8 dias, cessando nessa occasião. No 11.º dia apóz a operação a moça deixa o hospital completamente curada.

OBSERVAÇÃO VIII

Dr. Florencio de Castro y Latorre. — *Aneurisma da arteria carotida primitiva esquerda, ligadura e extirpação do sacco.* — « Revista de Medicina y Cirurgia practicas », 1898, XLIII, pag. 442-450.

L. C..., ingleza, edade de 24 annos. Bastante robusta, soffre uma quéda á bordo de um vapor e no terceiro dia começa a ser importunada por uma dòr profunda na parte média da região lateral esquerda do pescoço. Examinada em Londres pelo Dr. Thompson foi feito diagnostico de aneurisma da carotida primitiva esquerda. Este diagnostico é confirmado por celebridades medicas de outros paizes. O aneurisma é tratado pela compressão, porèm sem resultado nenhum. Finalmente o tumor cresce rapidamente e torna-se bastante doloroso, sendo necessario cessar-se a compressão. O tumor de fórma ovoide é muito sensivel á pressão. Revelados muitos

symptomas, o Dr. Castro y Latorre faz o diagnostico de aneurisma traumatico da carotida primitiva esquerda.

Feita a operação de extirpação do sacco, apóz pequenos accidentes post-operatorios sem importancia, a doente deixa Madrid para se dirigir a Inglaterra completamente curada.

Aneurismas da carotida primitiva tratados pela ligadura: Methodo de Anel

1.—Fleming.—«Dublin Journal of Medical Sciences», Agosto—1873, pag. 97.—Homem, de 43 annos. Tumor do volume de uma grande laranja, se estendendo do bordo inferior da cartilagem cricoide até a parotida. Data já de 20 annos, porém tem augmentado de volume de 4 mezes para cá; dyspnéa, dysphagia, sem perturbação da voz. Ligadura sem anesthesico; oito mezes depois percebe-se um tumor não pulsatil na parte média do pescoço.

2.—Mac Even.—«British Medical Journal», 1878, pag. 359.—Homem, 45 annos, syphilitico desde 13 annos. Aneurisma direito de 7 semanas e augmentando de volume ha tres semanas. Ligadura. Cura.

3.—Porcher.—«American J. of. Med. Sc.», Outubro—1878, t. XXXVI, pag. 449.—Homem, 38 annos; aneurisma esquerdo se estendendo até a clavicula. Ulceração expontanea da pelle pela qual se escôa um liquido fluido e vermelho. Ligadura sobre o terço inferior da arteria; os batimentos cessam durante alguns instantes recomeçando em seguida. No setimo dia hemorrhagia enorme que mata o doente em alguns segundos. Pela autopsia, dois saccos, um grande e um pequeno, sendo que o primeiro cheio de coagulos estractificados, e rompido.

4.—Godefray.—«Med. Times and Gaz. Sc.», 1884, 28 de Junho, pag. 35.—Homem, 28 annos. Apóz a ligadura da carotida primitiva suppuração do sacco, perfuração no larynge. Cura.

5. Riegner. — « Centralblatt für Chirurgia », 1884, pag. 431. — *Duplo aneurisma carotidiano.* — Homem, 54 annos. Sem syphilis. Primeiro aneurisma esquerdo apparecido sem traumatismo. Ligadura da carotida. Cura no fim de 13 dias. Um anno mais tarde, segundo aneurisma direito, do volume de um ovo de pata. Ligadura sem accidente cerebral; ligeira paresia do braço esquerdo durante 24 horas. Cura.

6. — Mac Gill. — « Medical Times », 1885, t. I, pag. 711.— Mulher, 62 annos. Cura.

7. — Deaver. — « University Medical Magazine », 1888-89, I, pag. 340-342. — Homem, 46 annos. Ligadura da carotida primitiva, precedida pela laryngotomia por um aneurisma das carotidas interna, externa e primitiva.

8. — Petus. — « Daniel's Texas Med. Journ. », 1889, pag. 51. — Homem, 51 annos. Cura.

9. — Jordau Lloyd. — « Lancet », 29 de Maio de 1890, pag. 705.—Mulher, 49 annos. Aneurisma da carotida esquerda, data de 9 mezes, tendo duplicado de volume nas ultimas 5 ou 6 semanas. Volume do punho de um adulto. Signaes funccionaes; dysphagia, dòres nevralgicas na espadua e na clavicula. Ligadura. Cura.

10. — Virdia. — « Soc. italienne de chirurgie ». Florença, *Semaine Médicale,* 1890, n. 15, pag. 113. — Ligadura da carotida primitiva por um caso de aneurisma na bifurcação. Morte no decimo dia por pyohemia provocada pela suppuração do sacco.

II — Aneurismas carotidianos operados pelo Methodo de Brasdor

1. — Vardrop. — « On aneurism », 1825. — Homem, 75 annos, aneurisma da carotida, perto da origem. Ligadura. Suppuração. Abertura do sacco no vigesimo dia. Cura.

2.—Lambért de Walvort.—«Lancet», 1827, pag. 807. —Mulher, 49 annos. Hemorrhagias, 49 e 79 dias depois da ligadura. Morte.

3.—Wood.—«New-York J. of Med., S.», 1857.—Homem, 26 annos. Seis mezes apóz a ligadura resta um tumor muito duro.

4.—Pirogoef.—Uma morte com hemiplegia. Coma. Morte.

5.—Colson.—«Bull Acad. Méd.», 1840.—Mulher, 63 annos. Abcesso da orbita. Perda do olho. Cura.

6.—Dittel.—«Wiener Med. Wochenscrift», 1877, n. 4. —Ligadura. Hemorrhagia. Morte.

7.—Fort.—«Gaz. hôp.», 1872.—Homem, 42 annos. Tumor do volume de uma laranja, situado na parte interna da clavicula esquerda, attingindo tambem a clavicula direita. Dôres na espadua e dyspnéa por accessos á noite. Ligadura Brasdor. Cura completa tres mezes depois. Nenhum traço de signaes physicos e funccionaes.

8.—Delens.—Homem, 35 annos. Nenhum antecedente morbido. Aneurisma da carotida primitiva esquerda apparecido em consequencia de um esforço. Irradiações dolorosas no braço esquerdo e na cabeça, myosis a direita. Ligadura Brasdor. Dois mezes e meio depois, o tumor é mais volumoso. Os signaes funccionaes quasi desapparecidos.

9.—Mills.—«The Westminster Hospital Reports», 1891, pag. 127.—O autor taz a ligadura peio metho de Brasdor na primeira vez. Suppuração do sacco; uma hemorrhagia secundario enorme obriga á ligadura de Anel.

10.—Stoner.—«American Medicine», 1.º de Agosto de 1893.—Homem, 43 annos. Syphilitico. Aneurisma carotidiano direito. Dôres atrozes, perturbação da voz; paralysia do braço direito. Impossibilidade absoluta da ligadura abaixo do sacco. Ligadura methodo de Brasdor, diminuição das dôres, porém o tumor augmenta de volume.

III — Aneurismas operados pela incisão do sacco

1. — MOREL, citado por Broca. — Aneurisma, abertura do sacco. Morte por hemorrhagia durante a operação.

2. — SISCO. — Homem, 17 annos. Aneurisma traumatico produzido por uma facada. Cura. («Bull. de Férussac in Le Fort, art. Carotide, Dict. des Sc. Méd.»)

3. — SYME. — «Symés Surgery», 1831, et «Edimburgh Medic. Journ.», 1857, pag. 105. — Homem. Aneurisma traumatico. Incisão do sacco, ligadura abaixo e acima. Cura.

4. — CIRURGIÃO de «Leeds London Medical», 1829. — Homem, 43 annos. Aneurisma traumatico, ligadura abaixo do sacco, depois incisão do sacco, ligadura da extremidade peripherica da arteria. Cura.

5. — FROTHINGHANN. — «American Journ. Med. Sc.», vol. II, pag. 433. — Homem, 23 annos. Aneurisma traumatico diffuso da carotida direita. Operação 23 dias apóz o accidente. Compressão da carotida abaixo do sacco, abertura do sacco, ablação dos coagulos, ligadura da arteria acima e abaixo da ferida da carotida. Cura.

6. — SALZMANN. — «Tiuska Lakaresalsk foïth, XXIV, pag. 56, 1885. Aneurisma traumatico. Cura.

7. — ANNANDALE. — «British Med. Journ.», 1898, I, pag. 517. Aneurisma diffuso da carotida primitiva esquerda, tendo soffrido a ligadura da carotida por um sarcoma da face. Incisão do sacco, ligadura acima e abaixo. Cura.

8. — MATLAKOWSKY. — «Annals of Surgery.», 1891, t. XIV, pag. 433. Aneurisma diffuso da carotida primitiva consecutivo a uma injecção de chlorureto de zinco nos ganglios. Incisão, ligadura das carotidas primitiva, externa e interna. Cura com paralysia incompleta dos membros inferiores.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

1.º—As arterias carotidas primitivas são destinadas á extremidade cephalica.

2.º—O seu ponto de bifurcação mais commum é o bordo superior da cartilagem thyroide, porém, ellas pódem se bifurcar mais acima ao nivel do osso hyoide, ou mais abaixo na altura da metade do larynge ou mesmo ao nivel da cartilagem cricoide.

3.º—Em casos anomalos, têm-se visto a carotida primitiva fornecer rámos que pertencem normalmente a outro vaso, como sejam a thyroidéa superior, a thyrodéa inferior, a pharyngéa inferior e vertebral.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

1.º—Descoberto um vaso calibroso do pescoço, um meio importantissimo para se distinguir, se trata-se da carotida externa ou interna, é sem duvida nenhuma a compressão do vaso, pois, em se tratando da primeira apóz esta manobra, o pulso temporal necessariamente desapparecerá.

2.º—Em casos de hemorrhagia proveniente de um dos ramos collateraes ou terminaes da carotida externa, quando a intervenção na ferida é impos-

sivel, mandam os cirurgiões que se ligue a carotida externa em preferencia á ligadura da carotida primitiva.

3.º—Um dos motivos que leva o cirurgião a preferir a ligadura da carotida externa, é a menor gravidade da intervenção cirurgica deste vaso, pois, na estatistica de Robert a proporção é de 12 1/2 p. 100 de mortalidade, ao passo que, sobe a 38 p. 100 nos casos de ligadura da carotida primitiva.

HISTOLOGIA

1.º—As paredes arteriaes são constituidas por tres tunicas.

2.º—A tres tunicas são chamadas conforme sua disposição de dentro para fóra e portanto, temos a tunica interna, a tunica media e a tunica externa.

3.º—A predominancia de tecido elastico na tunica media das grossas arterias, entre as quaes se acham as carotidas primitivas, dá motivo a se chamarem estas arterias pelo nome de arterias do typo elastico.

HYGIENE

1.º—Ar, luz e asseio é a triade sagrada que Casati desejaria ver inscripta no frontespicio de todas as escolas publicas.

2.º—A luz é tão necessaria a saude publica que é bastante vulgar o proverbio italiano: «Dove non va il sole, va il medico».

3.º—O vigor dos japonezes é devido em parte ao respeito as leis de hygiene e em questão de asseio diz Casati, o povo japonez é o unico realmente asseiado.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

1.º—O suicidio por estrangulamento é tão raro, quanto é frequente o suicidio por enforcamento.

2.º—O contrario se dá quanto ao humicidio, pois, o estrangulamento é o modo habitual dos assassinos para com a sua victima.

3.º—O diagnostico de estrangulamento homicida nos velhos é bastante difficil, pois, em geral não ha lucta para revelar os signaes habituaes, sendo que o choc laryngeo pode produzir a morte sem outros signaes geráes ou mesmo locaes.

PATHOLOGIA CIRURGICA

1.º—A cũra expontanea dos aneurismas em geral, do carotidiano em particular pode se dar por obliteração fibrinosa.

2.º—Um outro meio de cura expontanea dos aneurismas é o conseguido pela inflammação.

3.º—Para Everard Home a cura expontanea poderia se dar por adaptação das paredes da arteria abaixo do aneurisma, pela compressão do tumor sobre o vaso produzindo desta sorte uma obliteração.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

1.º—A compressão exercida para cura dos aneurismas pode ser dividida em compressão indirecta e directa.

2.º—A compressão indirecta tem por fim a acção sobre o vaso, porém distante do tumor: a compressão directa como seu nome indica age sobre o tumor.

3.º—Este tratamento é na maioria dos casos falho sendo que consideramos como meio curativo propriamente dito aquelle que age por meio de uma operação sangrenta.

CLINICA CIRURGICA, (1.ª CADEIRA)

1.º—Em presença de uma tuberculose do joelho innumeros são os processos instituidos para o tratamento.

2.º—Para o tratamento desta molestia a ressecção sub-periostica pode dar excellentes resultados.

3.º—Não fôra o sacrificio extraordinario para o doente, o tratamento de escolha era sem duvida a amputação.

CLINICA CIRURGICA, (2.ª CADEIRA)

1.º—O logar de elecção para se praticar o anus contra a natureza é o *S* iliaco.

2.º—Lejars diz que nesta operação a incisão deve ser praticada na fossa iliaca esquerda.

3.º—Dois são os processos instituidos para a operação, sendo um praticado em dois tempos e o outro em um só tempo.

PATHOLOGIA MEDICA

1.º—A pathologia da arteria esclerose se apresenta muito complexa quando se a quer examinar com profundeza.

2.º—A primeira idéa que vem ao espirito do clinico é procurar em uma modificação do sangue a origem das lesões.

3.º—O systhema nervoso porém influe extraordinariamente nestas lesões tendo uma acção trophica sobre a arteria.

CLINICA PROPEDEUTICA

1.º—A auscultação e a palpação prestam serviços preciosos para o diagnostico dos aneurismas.

2.º—O radiographia hoje tão vulgarisada é tambem empregada para e diagnostico dos aneurismas da origem da carotida primitiva.

3.º—O interrogatorio do doente se faz necessario, principalmente quando faltam mnitos symptomas dessa lesão arterial.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

1.º—As injecções sub-cutaneas de gelatina são empregadas em grande escala no tratamento dos aneurismas, por Laucereaux e Paulesco.

2.º—A acção coagulante desta substancia sobre o sangue circulante é demonstrada por estes scientistas.

3.º—Para alguns autores no entanto estas injecções são ineficazes e para outros até perigosas.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

1.º—No tratamento dos aneurismas têm-se empregado os refrigerantes.

2.º—Este emprego é erroneo, pois, ao em vez de produzir a coagulação do sangue estes agentes a retardam.

3.º—Contudo o emprego destes agentes deve ser conservado não para combater os aneurismas, mas os accidentes inflammatorios.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

1.º—Não se deve dar o nome de balsamos senão as substancias que contenham acido benzoico.

2.º—A serotherapia é hoje largamente empregada.

3.º—Em se tratando de seruns antitoxicos deve-se sempre preferir a via sub-cutanea.

HISTORIA NATURAL MEDICA

1.º—Os sáes de potassio encontram-se na economia animal e na economia vegetal.

2.º—São elles indispensaveis á vida dos animaes e dos vegetaes.

3.º—O iodureto de potassio, tão largamente empregado do tratamento dos aneurismas é extrahido das algas.

CHIMICA MEDICA

1.º—Em certos estados pathologicos, os saes de calcio, formam concreções nas paredes dos vasos sanguineos.

2.º—A degenerescencia produzida pelas concreções calcareas, na tunica media das arterias, pode ser causa de aneurismas.

3.º—O tecido sanguineo coagula-se ao encontrar a parede do vaso alterada, como acontece nos aneurismas.

CLINICA PEDRIATICA

1.º—Os aneurismas nas crianças são rarissimas vezes observados.

2.º—Os casos de bronco-pneumonia nas crianças são quasi sempre fataes.

3.º—A rasão certa deste facto ainda não foi emittida pelos pediatras.

OBSTETRICIA

1.º—Dá-se o nome de aborto a expulsão do producto de concepção, morto ou vivo, durante os seis primeiros mezes de gravidez,

2.º—O aborto pode ser expontaneo ou provocado, sendo que este pode ser o acto de um crime ou o fim de uma acção therapentica.

3.º—A fadiga physica e sobretudo os excessos venereos podem ser causas de aborto.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

1.º—Na producção do parto agem duas ordens de causas: efficientes e determinantes.

2.º—Entre as causas efficientes citaremos a contracção uterina auxiliada pela contracção do abdomen.

3.º—São causas determinantes o feto, as membranas e o utero.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

1.º—Em 1897 Müller descreveu um bacillo semelhante ao da influenza, ao qual elle accusara como responsavel pelo trachoma.

2.º—A opinião deste scientista no entanto, não tem encontrado partidarios.

3.º—A prophylaxia desta molestia do globo occular tem dado excelentes resultados.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

1.º—A syphilis é muitas vezes accusada como responsavel pelo apparecimento dos aneurismas.

2.º—Esta molestia é grandemente espalhada no Imperio do Japão.

3.º—A sua prophylaxia devia ser o cuidado de maior importancia dos governos municipaes.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

1.º—O cretinismo assim se pode difinir: uma parada do desenvolvimento somatico e psychico ligado a um bocio ou mais raramente a uma atrophia simples do corpo thyroide.

2.º—Esta molestia pode ser endemica ou esporadica.

3.º—Nos Estados de S. Paulo e Minas Geraes esta molestia é bastante vulgar.

BACTERIOLOGIA

1.º—Os estaphylococcus e os estreptococcus podem dar origem aos aneurismas chamados *embolicos*.

2.º—Quando a infecção é muito virulenta a arteria é perfurada e pode-se formar um aneurisma diffuso expontaneo, como no facto relatado por Legendre.

3.º—Nos casos em que a infecção começa pela peripheria arterial como na periarterite, o aneurisma toma o nome de aneurisma por EROSÃO.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

1.º—Além das formas já citadas de aneurismas, podemos ainda fallar nos chamados dissecantes.

2.º—Esta forma de aneurisma não tem valor em cirurgia porque só foi encontrada na aorta.

3.º—Em um caso de aneurisma dissecante observado por Laënnec, o sangue corria na espessura do vaso durante um certo percurso e depois tornava a sahir na luz da arteria.

PHISIOLOGIA

1.º—Applicando a lei de François Franck ao pulso temporal, affirmaremos que, na arteria temporal do lado em que existe um aneurisma da carotida primitiva, ha um retardo do pulso de 5 a 7 centezimos de minuto.

2.º—A velocidade de propagação do pulso varia entre 6 a 9 metros no homem.

3.º—Velocidade de propagação do pulso e velocidade do sangue são cousas differentes; a primeira é chamada por Langlois velocidade da forma, emquanto que a segunda é da materia.

THERAPEUTICA

1.º—No tratamento medico dos aneurismas nós somos sempre partidarios do iodureto de potassio.

2.º—O tratamento deve começar por doses de 1 a 2 grammas, attingindo progressivamente a dose de 5 a 6 grammas.

3.º—O modo de acção deste medicamento ainda não está firmado, não se sabendo se elle age por augmentar a densidade do sangue e favorecer a coagulação, ou se elle faz sentir sua acção abaixando a tensão arterial.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 23 de Outubro de 1907.

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.